



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Behandeling van angstige kinderen: twee casusbeschrijvingen<sup>1</sup>

Agnes Scholing en Jaap Ringrose\*

Met dank aan collega Sabine van Dijken.

---

## Samenvatting

*Dit artikel begint met een bespreking van enkele onderzoeksresultaten over etiologie en behandeling van angststoornissen bij kinderen. Vervolgens wordt de behandeling van twee kinderen met een angststoornis beschreven. Bij Arthur, een kind met separatieangst, bestond de behandeling deels uit individuele gesprekken, waarin hij met behulp van exposureopdrachten en 'helpende trucs' leerde om geleidelijk meer dingen alleen te doen. Daarnaast werden met zijn ouders enkele gesprekken gevoerd, waarin zij tips kregen om Arthur bij het oefenen te helpen.*

*Bij Anne, een meisje met agorafobie, bleken individuele gesprekken niet haalbaar, omdat zij dat helemaal niet nodig vond. In haar behandeling lag de nadruk op gesprekken met de ouders, die in deze gesprekken vooral leerden om wat nuchterder en steviger op Anne te reageren en wat minder angstig te zijn dat Anne nare gevoelens opkropte. In de beschouwing wordt ingegaan op indicaties om de ouders meer of minder intensief in de behandeling te betrekken.*

## Inleiding

Angst van een kind kan vaak worden beschouwd als een nuttige reactie en een bescherming tegen gevaar. Het is goed dat een peuter bang is voor vreemde personen of voor het donker. Doordat kinderen angstig worden in bedreigende situaties blijven ze in de buurt van hun ouders. Hun angstige gedrag roept beschermend gedrag op van degenen die voor hen moeten zorgen. Maar bij sommige kinderen neemt die angst ongewoon langdurige en ongezond hevige vormen aan. Als een meisje van acht jaar geen moment alleen in de huiskamer kan zitten en maar steeds achter haar moeder aanloopt, tot op de wc aan toe, is de angst zo groot geworden dat deze het kind belemmert zich te ontwikkelen tot een zelfstandig persoon. In dat geval kan behandeling nodig zijn. In dit artikel wordt geïllustreerd hoe zo'n behandeling er in de praktijk uitziet.

## Achtergrond

Over de etiologie van angststoornissen bij kinderen is nog veel onbekend. Op dit moment wordt aangenomen dat het een combinatie is van erfelijke factoren en ervaringen, en vooral van de wijze waarop deze twee op elkaar inwerken. Een voorbeeld:

---

\* Dr. A. Scholing is verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: scholing@psy.uva.nl.

Drs. J. Ringrose is verbonden aan het Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Groningen.

aangenomen wordt dat zogenaamde gedragsinhibitie, dat wil zeggen de neiging om angstig en teruggetrokken te reageren op vreemde situaties, een onderdeel is van het temperament van het kind en daarmee aangeboren (Kagan, 1994). Onderzoek heeft aanwijzingen opgeleverd dat kinderen met sterke gedragsinhibitie inderdaad een groter risico lopen op het ontwikkelen van een angststoornis, later in hun leven. Of zij echter daadwerkelijk zo'n stoornis ontwikkelen, hangt af van wat ze hebben meegemaakt, van de voorbeelden die ze om zich heen zien en van de wijze waarop ouders en anderen op hen reageren als ze bang zijn. In recent onderzoek werd nauwkeuriger gekeken hoe ouders precies invloed hebben op het ontstaan van angst. Barrett, Rapee, Dadds en Ryan (1996) vroegen normale kinderen, kinderen met een angststoornis en kinderen met een gedragsstoornis hoe ze een ambigu omschreven situatie, dus een situatie die voor verschillende uitleg vatbaar was, interpreteerden. Zowel angstige als gedragsgestoorde kinderen bleken dergelijke situaties als bedreigender te interpreteren dan normale kinderen. Hoewel angstige en gedragsgestoorde kinderen qua interpretatie niet van elkaar verschilden, reageerden ze wel verschillend: de eerste groep was geneigd de beschreven situaties te ontwijken, terwijl de tweede eerder agressief reageerde. De normale kinderen vertoonden vooral 'prosociale', dat wil zeggen adequate, reacties. Interessant was vooral wat gebeurde *nadat* de kinderen met hun ouders mogelijke oplossingen voor de situaties hadden besproken. Normale kinderen waren na dit gesprek nog meer geneigd tot adequate oplossingen, terwijl angstige kinderen nog vermijder reageerden en gedragsgestoorde kinderen nog agressiever. Hoewel het te vroeg is om hieruit eenduidige conclusies te trekken, is het op z'n minst verrassend dat na discussie met de ouders problematisch gedrag juist werd versterkt in plaats van verminderd.

In de afgelopen jaren is uit wetenschappelijk onderzoek gebleken dat cognitieve gedragstherapie angstige kinderen veel te bieden heeft (zie onder meer Weiss & Weisz, 1995). Onderzoeksresultaten wijzen uit dat exposure in vivo, dat wil zeggen het (zo mogelijk geleidelijk) weer opzoeken van de moeilijke situaties, de meest effectieve behandelingsmethode is bij angst en dat verbetering niet valt te verwachten zolang het kind de gevreesde situaties blijft vermijden (Rabian & Silverman, 2000). Geleidelijk opgebouwde exposure in vivo is daarom de eerste keus voor behandeling.

Voor de volledigheid noemen we hier dat medicatie soms goed kan helpen. De zogenaamde serotonineheropnameremmers of SSRI's, bijvoorbeeld fluoxetine (Prozac), fluvoxamine (Fevarin), paroxetine (Seroxat) en sertraline (Zolof), verdienen vanwege geringere bijwerkingen de voorkeur boven de tricyclische antidepressiva of TCA's, zoals clomipramine (Anafranil) of imipramine (Tofranil). Overigens is het effect van medicatie bij kinderen tot nu toe eigenlijk alleen netjes onderzocht voor de dwangstoornis. Zowel clomipramine als de hierboven genoemde SSRI's bleken effectief. Voor de overige kinderangststoornissen bestaat tot nu toe geen empirische evidentie voor het gebruik van psychofarmaca. Voor zover medicatie al wordt gebruikt, dient dit altijd te worden gecombineerd met psychologische interventies (zie bijvoorbeeld de richtlijnen van de American Association of Child and Adolescent Psychiatry, 1997), aangezien de meeste patiënten die alleen farmacotherapie hebben gehad, na afbouw van de medicijnen terugvallen.

De uitvoering van exposure in vivo is in theorie niet zo moeilijk. Met ouders en kind samen worden alle situaties die voor het kind moeilijk zijn geïnventariseerd. Besproken wordt wat het kind precies doet en wat het vermijdt. Ook wordt in kaart gebracht hoe de ouders reageren. De therapeut gaat zorgvuldig na welke aspecten in een situatie de angst voor het kind verhogen of verlagen. Bij een kind dat bang is om van haar moeder te worden gescheiden, kan het bijvoorbeeld uitmaken hoe lang de scheiding zal duren, waar het kind is (thuis of elders, binnen of buiten), of er iemand anders aanwezig is (oppas, broertje of zusje), of het buiten donker is, of het kind als afleiding iets leuks kan doen (bijv. een leuk televisieprogramma kijken), enzovoort. Daarna worden opdrachten geformuleerd. Daarin wordt concreet opgeschreven wat het kind moet doen, wat de ouder moet doen, en bij voorkeur hoe lang en hoe vaak dat moet gebeuren. Aan de hand van de hiervoor genoemde aspecten worden tussenstapjes geformuleerd. Een voorbeeld van een concrete opdracht is:

‘Je blijft tien minuten alleen in de woonkamer, terwijl de deur naar de gang dicht is, en je kijkt naar ... (een favoriet tv-programma). Mama doet boven in de slaapkamer het strijkgoed en komt na tien minuten naar je toe. Je wacht tot mama naar jou toekomt, dus je gaat niet zelf naar boven, en je roept of zegt ook niets tegen mama.’

Als deze opdracht enkele keren goed is verlopen, wordt hij moeilijker gemaakt, bijvoorbeeld door de moeder langere tijd boven te laten blijven, door het kind te laten tekenen in plaats van televisie te kijken, of door de moeder een ommetje te laten maken. De precieze invulling wordt in overleg vastgesteld. Vaak wordt aan goed oefenen (wat niet wil zeggen: niet angstig zijn, maar wel: je precies aan de gestelde opdracht houden) een beloning gekoppeld: het kind krijgt bijvoorbeeld een favoriet toetje of mag een geliefd spelletje spelen.

Het klinkt eenvoudig. Therapeuten en ouders weten echter dat het in de praktijk niet zo eenvoudig ligt. Het is bij volwassenen al moeilijk om ze te bewegen de gevreesde situaties weer op te zoeken, terwijl zij gewoonlijk rationeel wel beseffen dat ze daar uiteindelijk niet onderuit kunnen. Bij kinderen is dat minstens even lastig. Zij vinden het vaak helemaal niet nodig om die moeilijke dingen weer te gaan doen. Veel liever zien ze dat hun ouders zich bij hun wensen aanpassen, zodat ze niet bang hoeven te zijn. Bovendien kunnen kinderen minder goed angst verdragen, omdat ze (cognitief) nog niet het vermogen hebben ‘over moeilijke momenten heen te kijken’. Daarom leren zij gewoonlijk in de therapie allerlei technieken om hun idee van controle over het nare gevoel te verhogen, zoals ontspannings- en ademhalingsoefeningen, bedenken van positieve gedachten en uitvoeren van alternatief gedrag (bijv. afleiding zoeken, iets leuks gaan doen). Ook worden ze veel beloond voor goed oefenen. Verder moet in de behandeling van een kind altijd rekening worden gehouden met de ouders, die het vaak moeilijk vinden om dit soort dingen van hun kind te vragen. Veel ouders zijn bang dat hun kind psychische schade oploopt als het dingen moet doen waar het bang van wordt. Sommige ouders vinden dat hun kind zich aanstelt en hebben grote moeite om zich aan te passen bij het tempo van het kind en het niet te forceren tot activiteiten die te moeilijk zijn.

Inmiddels zijn in verschillende centra ter wereld cognitief-gedragsmatige behandelingsprotocollen voor angstige kinderen ontwikkeld, waarin bovengenoemde

strategieën worden gebruikt, meestal in zo'n twaalf tot zestien wekelijkse sessies. Voorbeelden zijn de Coping Cat (Kendall, 1990) en de Coping Coala (Barrett, Dadds & Rapee, 1996), bedoeld voor individuele behandelingen; daarnaast de Coping Bear (Mendlowitz et al., 1999), Social Effectiveness Therapy for Children (Albano, Detweiler & Logsdon-Conradsen, 1999) en Cognitive Behavioral Group treatment for Adolescents (CBGT-A, Albano, 1995) voor groepsbehandelingen. In deze protocollen ligt de nadruk op behandeling van het kind, individueel dan wel in een groep. De ouders worden gewoonlijk enkele keren gezien om ze op de hoogte te houden van het verloop van de behandeling en om huiswerk en beloningen af te spreken.

Dit blijkt niet altijd voldoende. Zo kan de behandeling minder vlot verlopen doordat het voor ouders moeilijk is om te zien dat hun kind angstig is. Dat ze weten dat het beter is niet te veel mee te gaan in de angst van hun kind, betekent nog niet dat ze dat ook kunnen volhouden. Zeker als ouders zelf snel ergens naartoe willen of — 's nachts — nu eindelijk wel eens willen slapen, kunnen goede voornemens en geduld als sneeuw voor de zon verdwijnen. In die gevallen moeten ouders intensiever in de behandeling worden betrokken. Dat kan door hen te leren geleidelijk minder toe te geven aan het vermijdingsgedrag van hun kind, door dapper gedrag van hun kind uitbundig te belonen en angstig gedrag te negeren. Straf werd en wordt nauwelijks gebruikt, met uitzondering van de 'nuttige' opdracht, die — in navolging van Haley (1963) — in eerdere publicaties binnen de Directieve Therapie werd beschreven (bijvoorbeeld De Haan & Terluin, 1984) en soms goed kan werken. Een voorbeeld van zo'n nuttige opdracht is dat het kind extra huiswerk maakt als het te weinig voor de therapie heeft geoefend. Verder kan aandacht worden besteed aan het opsporen van gedachten die ouders belemmeren om goed op hun kind te reageren. Voorbeelden van dergelijke gedachten zijn: 'Het is voor mijn kind heel erg als het angstig is' of: 'Een goede ouder zorgt ervoor dat haar kind direct wordt gerustgesteld als het angstig is'; maar ook: 'Mijn kind doet dat om me te pesten, het moet nu maar eens afgelopen zijn.'

In de klinische praktijk zit nogal wat variatie in de mate waarin en de manier waarop ouders en kind in de behandeling worden betrokken. De uiteindelijke keuze hangt af van de leeftijd van het kind, van de rol die de ouders lijken te spelen bij het instandhouden van het angstige gedrag van hun kind, en van de motivatie en wensen van ouders en kind over de behandeling. In dit hoofdstuk beschrijven we twee casussen waarin dit wordt geïllustreerd. De eerste casus gaat over Arthur, een jongen met separatieangst. Dit is een probleem waar ouders — per definitie — een belangrijke rol in spelen. Arthur kreeg individuele gesprekken met de therapeut; daarnaast werden ook met Arthurs ouders gesprekken gehouden. Hoewel de behandeling van Arthur min of meer volgens het boekje verliep, laat de beschrijving zien dat er tijdens zo'n behandeling nog heel wat overlegd, onderhandeld en gemotiveerd moet worden.

De tweede casus gaat over Anne, een meisje met agorafobie; ze vermeed veel situaties waarin ze misselijk of duizelig zou kunnen worden. Anne had helemaal geen zin in gesprekken met een therapeut. Haar behandeling verliep daardoor heel anders dan die van Arthur.

## Casus: Arthur, een jongen met angst voor moordenaars

Arthur, acht jaar, wordt aangemeld voor gedragstherapie omdat hij zo angstig is. Hij komt de eerste keer met zijn ouders. Hij legt gemakkelijk contact en kan goed over zijn angst vertellen. Arthur vertelt dat hij bang is om alleen te zijn. Als hij in de kamer speelt, zit hij het liefst zo dicht mogelijk bij zijn ouders. Hij wordt al wat ongerust als zijn ouders een paar meter verderop in dezelfde kamer gaan zitten. Hij legt uit dat hij bang is dat er een moordenaar komt en dat die het op hem heeft voorzien. Hij durft daarom ook niet alleen naar de wc te gaan of te gaan slapen. Zijn ouders moeten elke avond bij zijn bed zitten totdat hij slaapt; zijn bed staat bij zijn ouders op de slaapkamer. Hij is bang in het donker. Op school is hij nooit bang; wel zorgt hij ervoor dat hij ook daar niet alleen naar de wc hoeft te gaan. Zolang er maar iemand in de buurt is, wordt hij niet bang. Hij heeft het liefst zijn ouders in de buurt, maar andere bekende volwassenen zijn ook goed. Hij is wel bang dat zijn ouders wat overkomt.

Zijn ouders vertellen dat hij thuis veel aandacht vraagt. Hij loopt voortdurend achter hen aan. Ze moeten steeds van alles regelen om te zorgen dat Arthur niet alleen is. Dat irriteert hen, maar tegelijkertijd hebben ze erg met hem te doen als hij zo angstig is. Ze hebben voorzichtig geprobeerd om hem zelfstandiger te maken, maar zijn daar snel mee gestopt toen ze merkten dat dit niet lukte. Ze dachten dat hij ook nog wel erg jong was en hoopten dat hij vanzelf over zijn angst heen zou groeien. Ze hebben nooit eerder hulp gezocht.

Arthur is enig kind. Zwangerschap en geboorte verliepen zonder problemen. Na de bevalling maakte zijn moeder kortdurend een postpartumdepressie door. Ze was in die periode angstig en snel bezorgd dat ze dingen fout zou doen. Als Arthur huilde, ging haar dat door merg en been. Ze kwam dan snel in actie, maar wist eigenlijk niet wat ze moest doen. De ontwikkeling verliep verder zonder bijzondere gebeurtenissen. De ouders beschrijven Arthur als een open kind, dat zich graag liet en laat knuffelen. Hij is niet eenkennig geweest en heeft nooit alleen kunnen zijn. Er zijn geen problemen op school. Arthur heeft veel vriendjes. De ouders kunnen het onderling goed vinden en melden geen andere problemen.

In de eerste zittingen worden de problemen concreet geïnventariseerd en krijgen ouders en kind uitleg over de behandeling. Zij kunnen zich allen in de voorgenoemde aanpak vinden. Na enkele zittingen met Arthur en zijn moeder samen wordt besloten Arthur individueel te zien. Dit lijkt verstandig, gezien de aard van de problematiek. Zo kan hij door de setting zelf ervaren dat hij zonder zijn ouders zijn (angst)problemen kan overwinnen. Bovendien is de verwachting dat Arthur zonder zijn ouders wat sneller 'dapper' gedrag zou kunnen vertonen. De therapeut is inmiddels zo vertrouwd voor hem, dat het mogelijk lijkt om hem zonder moeder of vader te zien. Het lukt inderdaad, op voorwaarde dat zijn moeder belooft dat ze in de wachtkamer blijft wachten. Met de ouders wordt in principe eens per twee weken een gesprek gehouden. Ze krijgen daarin uitleg over het verloop van de behandeling van Arthur en ze kunnen hun eigen gedachten over Arthurs problemen bespreken.

Arthur is in de individuele gesprekken druk en onrustig. Hij is snel afgeleid en kijkt veel naar buiten. Aan alles is te merken dat hij er niets aan vindt om te komen. Arthur

bedenkt samen met de therapeut met welke situaties hij moeite heeft. Hij maakt het volgende rijtje in de volgorde van gemakkelijk naar moeilijk (angsthierarchie):

- 1 alleen ergens heen lopen in huis;
- 2 thuis alleen op de wc zitten;
- 3 op school alleen naar de wc gaan;
- 4 alleen naar boven gaan;
- 5 alleen op de slaapkamer zijn overdag;
- 6 alleen in de slaapkamer blijven om te gaan slapen.

Hij kan zich maar moeilijk voorstellen hoe hij het zal vinden om die opdrachten uit te voeren, want hij heeft de situaties nog nooit meegemaakt. Zijn ouders zijn er immers altijd bij. Daarom krijgt hij voor de daarop volgende zitting de opdracht goed op te letten wanneer hij bang is en in zijn therapieschrift op te schrijven wat er dan gebeurt. Hij schrijft op dat hij 's nachts wakker werd en dacht dat er iets met hem zou gebeuren: er zou iemand zijn slaapkamer binnenkomen en zijn kop met een mes afhakken. Hij was daarop snel bij zijn moeder in bed gekropen, waarna zijn angst over was.

In de derde sessie leert hij een ontspanningsoefening, die hij trouw dagelijks oefent. Daarna leert hij de gedachten op te sporen die hem angstig maken. Arthur kent maar één zo'n gedachte, namelijk: er komt een moordenaar, die mij vermoorden gaat. De therapeut vraagt hem te bedenken wat hij in plaats daarvan tegen zichzelf kan zeggen, zodat hij niet meer zo bang wordt. Uiteindelijk denkt hij dat de volgende gedachte hem het meest zal helpen: De kans is heel klein dat ik iemand tegenkom die me wil vermoorden. Het is nog nooit gebeurd en ik heb het ook nooit gehoord van kinderen uit de klas en andere kinderen die ik ken. Arthur schrijft deze gedachte op een kaartje. Hij kan dat tevoorschijn halen als hij bang is.

Arthur kan de ontspanningsoefening en de helpende gedachte in de vierde sessie meteen in de praktijk brengen, als hij de eerste opdracht van zijn exposurehierarchy uitvoert. Hij moet op de polikliniek over de gang lopen, met de therapeut achter hem. De therapeut gaat stapje voor stapje steeds verder achter hem lopen. Arthur vindt dat in het begin eng. De therapeut herinnert hem aan de ontspanningsoefening en Arthur begint rustiger adem te halen, zoals hij heeft geleerd. Naarmate de oefening langer duurt, wordt hij minder gespannen. Uiteindelijk loopt hij helemaal alleen de lange gang af naar zijn moeder toe, die in de wachtkamer zit. Achteraf zegt Arthur dat het hem is meegevallen. Hij krijgt de opdracht iets dergelijks ook thuis te oefenen. Hij moet elke dag vijf minuten oefenen met alleen naar de keuken lopen en daar iets ophalen of heenbrengen. Dat had hij nog nooit gedaan. De volgende keer vertelt hij dat de opdracht heel goed is gegaan. Hij was zelfs meerdere keren per dag naar de keuken gelopen en had zich niet gespannen gevoeld. Zijn 'moordenaarsgedachte' had hij bestreden met de afgesproken helpende gedachte.

In de daarop volgende zittingen krijgt Arthur steeds moeilijker opdrachten, waarbij hij op steeds grotere afstand van de therapeut moet gaan lopen, totdat hij de therapeut zelfs enige tijd niet meer kan zien. Thuis oefent hij alleen naar de keuken gaan om daar iets te halen, en later moet hij naar de verder weg gelegen schuur. Hij oefent hiermee steeds langere tijd achter elkaar. Hoewel hij de opdrachten goed uitvoert, blijft hij soms nog wel bang om een moordenaar tegen te komen. Dan helpt het toch niet zo om zijn helpende gedachte tegen zichzelf te zeggen of aan iets leuks te denken. Niettemin constateert hij dat hij het toch 'gewoon maar' moet doen.

Het volgende onderwerp van de hiërarchie komt aan de orde: alleen op de wc zitten. Arthur begint met oefenen op de kliniek. Daartoe wordt eerst de wc aldaar grondig geïnspecteerd. Hij constateert dat er een groot raam in zit; daar zou een moordenaar doorheen kunnen klimmen. Samen met de therapeut bedenkt Arthur wat hij zou kunnen doen om toch op de wc te kunnen blijven. Het lijkt hem het beste om tegen zichzelf te zeggen: 'Ik moet het gewoon maar doen!' Vervolgens gaan ze in stapjes oefenen met op de wc blijven. Eerst met de deur open en de therapeut in het toilet ernaast. Dan een paar keer met de deur dicht. Als dat goed gaat, gaat de therapeut de toiletruimte uit en moet Arthur tien tellen in het toilet blijven. Elke volgende stap gaat de therapeut wat verder de gang op. Eén keer gaat het even mis: Arthur komt de wc uitgerend, omdat hij een geluid hoort dat hij niet kan thuisbrengen. Hij dacht dat het een moordenaar was. Samen kijken ze wat het zou kunnen zijn. Ze vinden een aanvaardbare verklaring voor het geluid en oefenen verder, totdat de therapeut helemaal op zijn kamer is. Arthur krijgt er plezier in. Hij ziet de oefeningen steeds meer als een uitdaging, als een spel. Hij is trots dat hij dit allemaal geoefend heeft. Hij gaat daarna zowel thuis als op school oefenen alleen naar de wc te gaan.

In het volgende gesprek met de ouders vertellen zij dat Arthur op school één keer heeft geoefend om alleen naar de wc te gaan, maar dat er toen wel een paar kinderen in de buurt waren. Thuis probeert hij telkens of hij zijn vader of moeder toch mee kan krijgen naar de wc. Ze vinden het moeilijk om hem dat te weigeren, vooral als hij heel angstig is, maar het is twee keer gelukt. In dit gesprek komt naar voren dat de ouders Arthur nooit op de proef stellen als hij aangeeft dat hij iets niet durft. Ze hebben de overtuiging dat ze moeten doen wat Arthur wil, totdat hij zover is dat hij het alleen kan. Ze voelen zich klem zitten. Ze hebben het idee dat ze de keus hebben tussen meegaan of niet meegaan naar de wc en hebben er niet aan gedacht dat er ook tussenstappen mogelijk zijn. Zijn moeder vertelt dat ze het gevoel heeft een slechte moeder te zijn als ze Arthur zou zeggen dat hij iets alleen moet doen, terwijl hij dat niet durft. Bovendien is ze bang dat hij er wat 'aan overhoudt' als hij dingen moet doen waar hij zo bang van wordt. Deze ideeën worden besproken en ter discussie gesteld. Daarbij legt de therapeut uit dat Arthur alleen dan minder angstig kan worden als hij ervaart dat hij, ondanks zijn angst, zijn opdrachten toch voor elkaar krijgt. Achteraf zal hij trots op zichzelf zijn en heeft hij de ervaring opgedaan dat hij zelf zijn angst de baas kan. Als de ouders niet met hem meegaan naar de wc, laten ze hem daadwerkelijk, dus in gedrag, merken dat zij geloven dat hij het alleen kan. In feite geven ze met hun huidige gedrag aan hem de boodschap dat ze er nog weinig vertrouwen in hebben. Samen met de therapeut bedenken de ouders wat ze kunnen doen als Arthur hen vraagt om met hem mee naar de wc te gaan. Ze krijgen ook het advies positief te reageren als Arthur gedrag vertoont dat in de richting gaat van alleen naar de wc gaan.

Arthur oefent op de kliniek nog een keer intensief met alleen naar de wc gaan. De therapeut houdt zich op de achtergrond, terwijl zijn moeder de rol van de therapeut overneemt. Ze neemt steeds meer afstand als Arthur op de wc zit, waarbij aanmoediging door de therapeut nodig blijkt om het vol te houden. De oefeningen verlopen goed en Arthur krijgt dezelfde opdrachten mee als de vorige keer. De volgende keer vertellen Arthur en zijn ouders enthousiast dat Arthur nu steeds alleen naar de wc gaat. Het was die week heel goed gegaan. De ouders hebben nu standvastig geweigerd in te gaan op de verzoeken van Arthur om met hem mee naar de wc te gaan. De eerste keer hadden ze gezegd dat hij de deur van de huiskamer mocht openlaten. De tweede keer hoefde dat niet meer en de derde keer vroeg Arthur geen hulp meer. De therapeut prijst ouders



en kind uitbundig en vraagt hen dit gedrag vol te houden, ook als het niet meer als opdracht wordt meegegeven.

Arthur is nu duidelijk minder bang dan in het begin van de therapie. Toen durfde hij nauwelijks een stukje alleen te lopen. Niettemin blijft hij zeggen dat hij bang is om een moordenaar tegen te komen, waardoor hij de moeilijkste situaties nog steeds uit de weg gaat. Hij lijkt hetgeen hij heeft geleerd om zijn angst de baas te blijven, niet toe te passen. Er wordt nu besloten te gaan oefenen met alleen naar boven gaan. Dit doet hij thuis nooit. Op de kliniek oefent hij met alleen de trap op en af gaan, terwijl zijn moeder in de wachtkamer zit. Als hij goed heeft geoefend mag hij als beloning (met zijn moeder) in de lift. Hij krijgt als huiswerk de opdracht om elke dag — overdag — tien keer iets uit zijn kamer boven op te halen en dan weer naar beneden te gaan. De volgende sessie blijkt dat de ouders deze opdracht hebben veranderd. Arthur heeft geoefend om 's avonds alleen naar boven te gaan om zijn pyjama aan te trekken. De ouders hadden er schoon genoeg van dat ze steeds met hem mee naar boven moesten. Zij spraken met hem af dat ze pas naar boven zouden komen als hij in zijn bed lag, om hem dan welterusten te zeggen. Hoewel deze opdracht veel hoger in de hiërarchie zit dan de opdracht die was afgesproken, is het wel vrij goed gegaan. Vier van de zeven keer is Arthur inderdaad alleen naar boven gegaan om zijn pyjama aan te trekken en zijn tanden te poetsen. Hij vond het wel eng (misschien was er een moordenaar boven), maar de laatste twee keer was hij al minder bang. De therapeut bespreekt met Arthur wat hem zou kunnen helpen als hij aan moordenaars moet denken. Het helpt hem niet om te ontspannen of zijn kaartje met andere gedachten te lezen; aan leuke dingen denken had ook niet geholpen. Als hij probeert om niet aan moordenaars te denken, moet hij er juist nog meer aan denken. De therapeut suggereert dan dat een 'talisman' kan helpen, in de vorm van een speelgoedtreintje dat hij bij zich heeft en dat hij kan vastpakken als hij bang is. Dan stelt hij zich voor dat hij machinist op een trein is (Arthur is namelijk gek op treinen). Verder wordt afgesproken dat Arthur voor deze moeilijke oefeningen van zijn ouders in het begin een extra beloning krijgt. Bij de oefeningen op de kliniek en later thuis blijkt afleiding zoeken (ergens anders op letten, muziek draaien) en tegen zichzelf zeggen dat hij het gewoon moet doen, het beste te helpen.

Vervolgens oefent Arthur om overdag steeds langer alleen op zijn slaapkamer te blijven. Dat gaat al gauw goed. Tot slot komt het slapengaan zelf aan bod. Dit staat het hoogst in de hiërarchie en zijn moeder zit nog altijd bij zijn bed totdat hij gaat slapen. Voor deze situatie wordt een serie in moeilijkheid oplopende opdrachten gemaakt, waarin zijn moeder steeds verder van zijn bed gaat zitten: eerst in de deuropening, dan bovenaan, midden op en onderaan de trap, in de huiskamer met de deur open en ten slotte in de huiskamer met de deur dicht. Arthur en zijn moeder werken deze opdrachten vlot af. Aan het eind van de behandeling, die vijftien sessies in beslag nam in een tijdsbestek van bijna vijf maanden, is Arthur nog wel af en toe bang, maar hij dwingt zijn ouders niet meer bij hem in de buurt te blijven. Zijn moeder vindt het nog steeds moeilijk om Arthur los te laten en hem dingen te laten doen waarvan ze weet dat hij die eng vindt. Arthur is in zijn gedrag wel een stuk zelfstandiger geworden: hij gaat alleen naar de wc, haalt alleen dingen uit de keuken en de schuur en gaat alleen naar boven. Hij gaat alleen slapen en blijft op zijn eigen kamer slapen. Zijn moeder is daarover opgelucht, maar tegelijkertijd merkt ze dat er nu ook meer afstand komt tussen haar en Arthur en ze moet daar aan wennen.

## Casus: Anne, een meisje dat bang is om flauw te vallen

Anne, elf jaar, een mager meisje met lang, zwart haar, wordt na twee intakegesprekken op de polikliniek Kinder- en Jeugdpsychiatrie doorverwezen voor gedragstherapie. Tijdens de voorafgaande gesprekken is gebleken dat Anne sinds ruim een jaar bang is voor situaties waar veel andere mensen aanwezig zijn. Ze wordt misselijk en duizelig en heeft het gevoel dat ze gaat flauwvallen. Lichamelijk onderzoek door de kinderarts heeft geen bijzonderheden opgeleverd.

Vooraf het laatste halfjaar vermijdt Anne veel situaties. Ze wil alleen winkelen als het rustig is, wil op zondag niet naar de kerk (maar gaat nog mee op voorwaarde dat het gezin achterin de kerk gaat zitten, zodat ze er snel weer uit zijn aan het eind), wil niet naar feestjes van klasgenootjes of familie, niet mee naar het zwembad, niet in een eetcafé of restaurant eten of op een (druk) terras zitten. Ook een pretpark wil ze niet bezoeken, terwijl ze dat ongeveer anderhalf jaar geleden nog met veel plezier deed. Lange autoritten vindt ze onplezierig, hoewel ze uiteindelijk meestal toch wel meegaat.

De directe aanleiding voor de ouders om hulp te zoeken was dat Anne ongeveer twee maanden geleden, na de eerste dag van een meerdaags schoolkamp, vroegtijdig naar huis kwam, omdat ze zich helemaal niet lekker voelde en de hele dag op bed had gelegen. Ook op school (ze zit in groep zeven) is ze regelmatig misselijk en duizelig, waarop ze wat paniekerig wordt. Ze loopt dan de klas uit. Meestal gaat ze na de volgende pauze weer terug, soms ook loopt ze direct naar huis. Dit gebeurt één à twee keer per week. Haar leerprestaties zijn gemiddeld en hebben onder dit alles niet merkbaar te lijden.

Over het contact met klasgenootjes is weinig bijzonders op te merken, behalve dat ze selectief is in haar vriendschappen. Slechts met enkele klasgenootjes trekt ze geregeld op; de andere kinderen vindt ze snel 'stom'. Anne kan prima alleen thuis zijn en vermaakt zich dan met tekenen en computerspelletjes spelen.

Haar ouders maken zich zorgen, deels over de misselijkheid en duizeligheid, maar ook over het feit dat Anne zo steeds meer buiten allerlei sociale gebeurtenissen komt te staan. Ze hebben wel enkele keren geprobeerd om haar meer onder druk te zetten door te zeggen dat ze nu echt mee moet, maar zijn hiermee gestopt omdat Anne daarop zeer heftig reageerde: ze raakte van streek, begon hard te huilen, ging op de grond liggen, en zei soms urenlang niets meer tegen hen of verweet hen dat ze helemaal niet van haar hielden en veel aardiger waren tegen haar zussen.

Anne zegt weinig tijdens het gesprek. Wat ze wel zegt lijkt in tegenspraak met eerdere informatie. Zo zegt ze nu, ook tot verbazing van haar ouders, dat ze niet bang is om flauw te vallen. Eigenlijk valt het allemaal wel mee met haar problemen, ze vindt dat het alweer een stuk beter gaat. De ouders hebben van dit laatste echter nog weinig gemerkt. Anne kijkt de therapeut nauwelijks aan; haast demonstratief staart ze uit het raam. Ze maakt niet direct de indruk angstig te zijn, eerder wat nukkig. De therapeut legt uit dat het belangrijk is om precies te weten wat wel en niet goed gaat, alvorens met een behandeling te kunnen beginnen. Omdat dit nu niet meer zo duidelijk is, wordt afgesproken dat Anne en haar ouders eerst twee weken goed gaan bijhouden wanneer Anne duizelig of naar wordt en wat ze dan precies doet. Elke avond zal Anne aan de eetkamertafel haar schrift invullen. Ze schrijft op wanneer ze zich vandaag niet goed voelde en wat ze toen deed. Verder zal ze zowel het beste moment als het slechtste

moment van de dag opschrijven en aan beide een cijfer geven voor het gevoel dat ze had, van 1 (heel slecht) tot 10 (fantastisch). De eerste week mogen haar ouders haar helpen met het invullen van haar schrift; daarna doet ze het alleen. In het volgende gesprek, twee weken later, heeft Anne haar schrift bij zich. Ze heeft elke dag wat opgeschreven, maar deed dat met tegenzin en alleen nadat haar ouders haar daaraan herinnerden. Ze heeft geen gebeurtenissen opgeschreven, alleen steekwoorden. Wel heeft ze dagelijks een cijfer gegeven. Het laagste cijfer is een acht, en op zes van de veertien dagen gaf ze een tien. Haar ouders bevestigen dat het goed is gegaan de afgelopen weken. Anne is zelfs naar een verjaardagsfeestje van een buurmeisje geweest en heeft zich daar goed vermaakt. Anne zelf is iets minder stug dan de vorige keer, maar het blijft moeizaam praten. Weer maakt ze de indruk het liefst zo snel mogelijk te vertrekken. De ouders zijn echter nog lang niet zover. Ze zijn blij dat de weken goed zijn verlopen, maar vinden ook dat de echt moeilijke situaties niet zijn voorgevallen. De therapeut komt nu in een dilemma. Ze had zich voorgenomen om in dit gesprek, aan de hand van de registraties, aan Anne en haar ouders de behandeling uit te leggen. Het is echter de vraag wat er moet worden behandeld. Het is zelfs de vraag of het, gezien Annes overduidelijke tegenzin, überhaupt zin heeft om een behandeling te starten. Na enig beraad besluit de therapeut van de nood een deugd te maken en Annes tegenzin zo positief mogelijk te gebruiken. Ze legt haar dilemma aan Anne en ouders voor. Ze bespreekt dat het vaker gebeurt dat klachten — al dan niet tijdelijk — minder erg worden. Ze suggereert de mogelijkheid dat de intakegesprekken al een positief effect hebben gehad op Annes problemen. Ze prijst Anne voor deze snelle en zelfstandig behaalde vooruitgang en zegt dat het natuurlijk prima is om hulp te zoeken, maar dat het nog mooier is als je zelf het probleem eigenlijk al hebt overwonnen. Ze benoemt Annes duidelijke tegenzin en toont daar begrip voor: het is immers logisch dat Anne weinig behoefte heeft aan behandeling als er niets te behandelen valt? Ze stelt het volgende voor. Op dit moment wordt niet met de behandeling gestart. Ze zal echter wel een uitgebreide uitleg geven over de voorgenomen behandeling, zodat Anne en ouders weten wat deze inhoudt, mocht er over enige tijd wel reden zijn om te beginnen. Aldus gebeurt. Bij de uitleg wordt benadrukt dat dit soort behandeling moeilijk is en veel huiswerk bevat, vooral veel thuis oefenen van moeilijke situaties. Aan het eind van het gesprek wordt afgesproken dat Anne voorlopig zal blijven registreren. Moeilijke momenten zal ze opschrijven. Verder zal ze elke dag één cijfer geven, en wel voor de hele dag. Om goed te kunnen vaststellen of ze haar problemen inderdaad heeft overwonnen zal ze, samen met haar ouders, een lijst maken van situaties die nu moeilijk zijn of in het verleden zijn geweest (waaronder ook situaties die ze wellicht al lange tijd heeft vermeden). Alleen als de volgende weken nog steeds zo goed verlopen, hoeft Anne het volgende gesprek zelf niet mee te komen. Haar ouders zullen dan de registraties en de lijst met situaties meenemen om die met de therapeut te bespreken. Overigens is ze natuurlijk van harte welkom als ze wel mee wil komen. Als de weken toch minder goed zijn verlopen, moeten haar ouders zorgen dat ze wel meekomt naar het gesprek. De ouders wordt op het hart gedrukt om in het laatste geval vooral niet te aarzelen, onder het motto: een kleine en kortstondige terugval is beter te verhelpen dan een grotere en langdurige. De therapeut zal voorlopig gesprekken met de ouders alleen houden, zodat zij de gelegenheid hebben om eventuele vragen te bespreken.

In het volgende gesprek, twee weken later, is Anne er inderdaad niet bij. Uit de registraties die de ouders bij zich hebben, blijkt dat het nog beter is gegaan dan de weken ervoor. In het schrift staan bijna alleen maar tien. Anne is zelfs mee gaan winkelen in de stad op een redelijk drukke woensdagmiddag, en is over de markt

gelopen. Het maken van een lijst met situaties kostte veel moeite; deze opdracht is grotendeels door de ouders uitgevoerd. Ze hebben Anne de lijst wel laten zien. Een dag later troffen ze die — tot hun schrik — bij het oud papier aan. Anne bekende al snel dat zij de lijst had weggegooid. Omdat het verder allemaal goed was gegaan, hadden de ouders besloten dat het toch niet nodig was om Anne mee te nemen. Voor zover ze het kunnen beoordelen, vinden ook zij dat het inderdaad nog steeds goed gaat. Ze hebben echter geen idee hoe dit komt en hebben behoefte aan een verklaring voor deze wonderbaarlijke genezing. In dit gesprek bespreekt de therapeut Annes overduidelijke tegenzin tegen de therapie en vraagt de ouders of zij een verband zien met het feit dat het nu beter gaat. Ze suggereert de mogelijkheid dat Anne wellicht haar als therapeut niet 'ziet zitten'. Volgens de ouders is dit niet het geval. Anne is in het algemeen vrij stug tegen vreemden, zeker tegen volwassenen. Ook tijdens de eerste gesprekken op de polikliniek had ze weinig gezegd. De ouders vragen zich eerder af of Anne juist niet meer zou zeggen als ze alleen met de therapeut zou zijn, dus zonder hun aanwezigheid. Ze tonen zich bezorgd dat Anne van alles dwarszit, maar dat niet tegen hen zegt. Ze zouden graag zien dat Anne wat meer over haar gevoelens zou praten. Overigens lijken ze daarin wel te verschillen: Annes moeder is bezorgder dan haar vader. Ze vraagt vaak aan Anne hoe het met haar gaat. Beide ouders lijken Anne te zien als een lichamelijk zwak meisje, dat zichzelf in acht moet nemen. Gezien de voorgeschiedenis (Anne is als jong kind vaak ziek geweest) is dat overigens begrijpelijk. De therapeut bespreekt deze veronderstelling met de ouders, die beamen dat ze Anne voorzichtiger behandelen dan haar twee oudere zussen. Anne is volgens hen ook duidelijk een ander kind dan haar zussen, die sportiever en extravert zijn. Ze vinden het moeilijk om tegenover Anne de juiste toon te vinden; hebben de indruk dat Anne nogal eens aandacht tekortkomt door de drukte van haar oudere zussen. Anne heeft hen tijdens kwade buien meer dan eens verwijten van dien aard voor de voeten geworpen en de ouders, zeker haar moeder, zijn hiervan geschrokken. De voorzichtig gestelde conclusie van de therapeut dat het probleem van Anne misschien mede wordt beïnvloed doordat de ouders niet altijd goed weten hoe ze op haar moeten reageren, wordt door de ouders onderschreven. Ook zij vinden dat het onverstandig en weinig zinvol is om Anne te dwingen naar de gesprekken te komen zolang het thuis goed gaat. Op het aanbod van de therapeut om — als alternatief — enige aandacht te besteden aan de wijze waarop zij aan Anne eisen kunnen stellen zonder haar te forceren, reageren zij instemmend.

Daarop wordt concreter ingegaan op de hierboven beschreven situatie. Hoewel de ouders het over de opvoeding in grote lijnen wel eens zijn en allebei de neiging hebben om Anne te beschermen, reageren ze op deze situatie verschillend. De gedachten van de ouders en het gedrag dat daarvan het gevolg is, worden besproken aan de hand van deze concrete gebeurtenis. Hiervoor wordt een gedachtenformulier ingevuld (zie ook Scholing & Nauta, 2000).

**Tabel I Body Mass Index, gemiddelde, 25ste en 10de percentiel per leeftijd (Verweij, 1994).**

<i>1. Gebeurtenis voor vader (Rob)</i>	<i>1. Gebeurtenis voor moeder (Ellen)</i>
Anne schreeuwt tijdens een ruzie: 'Julie houden helemaal niet van me!'	Anne schreeuwt tijdens een ruzie: 'Julie houden helemaal niet van me!'
<i>2. Gedachten van vader</i>	<i>2. Gedachten van moeder</i>
— Hoe komt ze daar nu bij? Ze weet toch hoeveel we met haar bezig zijn.	— O, wat verschrikkelijk dat ze dat denkt.
— Nu moet ze het toch niet te bont maken.	— Ze zegt dat niet voor niets. José en Esther hebben dat soort dingen nooit gezegd.
— Ze weet wel precies hoe ze Ellen moet raken.	— Als Rob nu maar eens wat aardigs tegen haar zei of deed, zo heeft ze ook reden om dat te denken.
— Ellen wil nu natuurlijk dat ik haar troost, maar dat gaat me echt te ver.	— Als Rob nu maar niet tegen haar uitvalt.
— Als ze nog even zo doorgaat, ga ik haar bij kop en kont grijpen en op haar kamer zetten.	— Als ik verdrietig ben, kan hij ook zo koppig en stug doen.
— Als ik nu te hard optreed, heb ik straks gelazer met Ellen.	— Ik moet haar laten merken dat we juist heel veel van haar houden.
<i>3. Gevoel van vader</i>	<i>3. Gevoel van moeder</i>
— Boos, gespannen, bang om tegen Anne uit te vallen.	— Verdrietig, schuldig, opgelaten, boos op haar man.
<i>4. Gedrag van vader</i>	<i>4. Gedrag van moeder</i>
— Kijkt Anne nog eens kwaad aan en loopt de kamer uit.	— Gaat naast Anne zitten, neemt haar in haar armen, zegt dat ze juist heel veel van haar houden.
	— Doet de rest van de dag (overdreven) aardig en voorzichtig tegen Anne, en stug tegen haar man.
<i>5. Gevolgen van vaders gedrag</i>	<i>5. Gevolgen van moeders gedrag</i>
— Anne krijgt niet te horen dat ze toch gewoon mee moet (bijvoorbeeld naar een familiefestje).	— Anne krijgt niet te horen dat ze toch gewoon mee moet (bijvoorbeeld naar een familiefestje).
— Zijn vrouw heeft het idee dat ze er alleen voor staat.	— Anne leert dat verwijten maken, leidt tot positieve aandacht.
— Zijn vrouw verwijt hem later dat Anne op deze manier ook reden heeft om dergelijke dingen te zeggen.	— Verwijdering tussen de ouders.
— Verwijdering tussen de ouders.	

Deze stappen verwijzen naar hetgeen beschreven staat op pagina 14-17 in het hoofdstuk 'Chronische vermoeidheid' uit het Handboek Klinische Psychologie (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996)

De concrete situatie komt niet vaak voor, maar deze gedachten en reacties van de ouders blijken — minder heftig — vaker op te treden. Na bovenstaande bespreking zien de ouders dat ze Annes gedrag, maar ook van dat van elkaar, verschillend interpreteren; dat onderlinge irritaties tussen hen daarin onterecht een rol spelen en leiden tot verwijdering tussen hen beiden, terwijl het juist goed zou zijn om tegenover Anne één lijn te trekken. Ze zien dat hun concrete gedrag niet leidt tot het doel, namelijk dat Anne gewoon meegaat. Als experiment wordt afgesproken dat ze anders op deze situatie zullen reageren, mocht die in de toekomst weer voorkomen. Hiertoe wordt het volgende schema ingevuld:

**Tabel I Body Mass Index, gemiddelde, 25ste en 10de percentiel per leeftijd (Verweij, 1994).**

<i>1. Gebeurtenis voor vader (Rob)</i>	<i>1. Gebeurtenis voor moeder (Ellen)</i>
Anne schreeuwt tijdens een ruzie: 'Julie houden helemaal niet van me!'	Anne schreeuwt tijdens een ruzie: 'Julie houden helemaal niet van me!'
<i>2. Helpende gedachten voor de vader</i>	<i>2. Helpende gedachten voor de moeder</i>
— Het is begrijpelijk dat ze dat zegt, want tot nu toe heeft ze daar succes mee gehad.	— Het is begrijpelijk dat ze dat zegt, want tot nu toe heeft ze daar succes mee gehad.
— Houden van is niet hetzelfde als 'niet streng zijn en geen grenzen stellen'.	— Houden van is niet hetzelfde als 'niet streng zijn en geen grenzen stellen'; het is niet aan de orde of wij van haar houden en daar moet ik nu helemaal niet op ingaan.
— Van een kind van 11 is nog niet te verwachten dat ze zich in haar ouders verplaatst.	— Het is al helemaal niet aan de orde of Rob wel goed op mij reageert als ik verdrietig ben.
— Het gaat erom dat ze niet doet wat wij van haar willen en dat zal ze toch moeten doen.	— Ik weet dat we allebei veel van haar houden, ze komt niets tekort, en ze heeft er uiteindelijk het meest aan als we doorzetten.
— We gaan nu samen gewoon volhouden; als ik kwaad wordt heb ik in feite de strijd verloren, maar als ik wegloop ook.	— Het gaat erom dat ze niet doet wat wij van haar willen en dat zal ze toch moeten doen.
— Dit is voor ons alledrie moeilijk, maar het is de taak van mij en Ellen samen om dit niet uit de hand te laten lopen.	— We gaan nu samen gewoon volhouden; als ik verdrietig word, heb ik in feite de strijd verloren, als ik boos word op Rob ook.
	— Dit is voor ons alledrie moeilijk, maar het is de taak van mij en Rob samen om dit niet uit de hand te laten lopen.
	— We gaan net zo lang herhalen wat we willen totdat ze meegaat.
<i>3. Gevoel van de vader</i>	<i>3. Gevoel van de moeder</i>
— Licht gespannen, wat geïrriteerd	— Licht gespannen, onzeker
<i>4. Gewenst gedrag van de vader</i>	<i>4. Gewenst gedrag van de moeder</i>
— Zegt tegen Anne: 'Anne, je weet dat we veel van je houden, en daarom willen we het beste voor je. We willen dus nu dat je met ons meegaat, we zien dat dat moeilijk voor je is, maar we willen dat echt en we gaan niet weg zonder jou.'	— Zegt één keer: 'Anne, we willen nu echt dat je meegaat.'
	— Loopt daarna de kamer uit, laat het aan haar man over om Anne mee te krijgen, negeert verder Annes gedrag.
<i>5. Gevolgen van vaders gedrag</i>	<i>5. Gevolgen van moeders gedrag</i>
— Anne leert dat haar ouders vastbesloten zijn en ze nu echt meemoet.	— Anne leert dat haar ouders vastbesloten zijn en ze nu echt meemoet.
— Vader krijgt waardering van zijn vrouw voor beheerst en doortastend optreden.	— Moeder krijgt waardering van haar man voor niet overmatig emotioneel reageren.

Deze stappen verwijzen naar hetgeen beschreven staat op pagina 14-17 in het hoofdstuk 'Chronische vermoeidheid' uit het Handboek Klinische Psychologie (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996)

Daarna wordt besproken dat Anne ongetwijfeld behoefte heeft aan aandacht, zeker ook van de ouders, maar dat die aandacht wellicht in een andere vorm moet worden gegoten. Het lijkt erop dat de ouders haar in feite behandelen als een jonger en zwakker kind dan ze is. Zeker nu ze zo duidelijk aangeeft dat ze zelf wel kan beslissen wat wel en niet goed voor haar is, zouden de ouders er verstandig aan doen haar meer op haar leeftijd aan te spreken. Als experiment wordt het volgende voorgesteld. De ouders zullen voorlopig afgaan op Annes gedrag. Als Anne zegt dat ze nergens mee zit, zullen de ouders dat accepteren. Anne heeft wellicht wat meer behoefte aan rust en alleen zijn dan haar zussen, en dat wil nog niet zeggen dat er iets (ernstigs) met haar aan de hand is. In elk geval is het geen reden om aan haar te gaan trekken. Afsproken wordt dat de ouders minder angstvallig op haar zullen letten. Het blijkt belangrijk om dit in concreet gedrag te vertalen. Zo zullen ze niet meer vragen of ze moe of misselijk is,

ook niet als ze er moe uitziet of op de bank zit te zuchten. Ze zullen meer afwachten en meer reageren op Annes feitelijke gedrag, bijvoorbeeld als ze vraagt om samen wat te gaan doen. Ze zullen haar vaker aanhalen als ze gewoon rustig op de bank zit, zonder verder iets te vragen. Daarnaast zullen ze zoeken naar momenten waarop ze ongestoord iets met Anne samen kunnen doen, een spelletje, samen tv-kijken, praten over school of hobby's. Regels om een gesprek goed te laten verlopen, bijvoorbeeld goed luisteren, doorvragen, geen zaken voor haar invullen, worden met de ouders doorgenomen, nadat blijkt dat haar vader de neiging heeft om helemaal niets te vragen, terwijl haar moeder vooral gesloten en stellende vragen gebruikt.

Het volgende gesprek vindt later plaats dan gepland in verband met het onverwacht overlijden van Annes oma. Anne reageert hierop volgens haar ouders vreemd en vooral haar moeder maakt zich zorgen dat Anne haar emoties onvoldoende uit. De therapeut bespreekt met de ouders hoe zij Anne, zonder aan haar te gaan trekken en te bezorgd te reageren, kunnen stimuleren dit soort situaties te verwerken. In het volgende gesprek, weer vier weken later, blijkt dat dit succes heeft gehad. Daarna wordt besproken hoe het gaat met de moeilijke situaties waar ze oorspronkelijk voor kwam. Voor zover de ouders dat kunnen beoordelen, vermijdt Anne weinig meer. Sommige activiteiten vindt ze niet prettig, bijvoorbeeld door drukke winkels lopen. Als het moet gaat ze echter wel gewoon mee.

## Beschouwing

De beschrijvingen van Arthur en Anne illustreren dat ouders en kind in verschillende mate en op verschillende manieren in de behandeling kunnen worden betrokken. Hoe dit concreet gebeurt hangt van een aantal factoren af.

In het algemeen komt het zwaartepunt sterker bij de ouders te liggen naarmate het kind jonger is.

Ook is het wenselijker om ouders intensief in te schakelen naarmate deze het moeilijker vinden om adequaat op de problemen van hun kind te reageren. Vaak zijn in dat geval simpele tips voor ouders over leer- en opvoedingprincipes voldoende. Zo nodig kan de therapeut ouders voordoen hoe ze hun kind kunnen helpen met oefenen. Zeker als het oefenen thuis duidelijk anders verloopt dan in de sessie, is het aangewezen om ouders tijdens de sessie met het kind te laten oefenen, waarbij de therapeut zich geleidelijk meer op de achtergrond houdt. Bij de moeder van Arthur werkte dit goed. Bij sommige ouders moeten hun eigen opvattingen over de problemen van hun kind diepgaander worden besproken, omdat deze hen blijvend belemmeren zich anders tegenover hun kind te gedragen. Soms komen daarbij eigen angsten van de ouder(s) aan de orde, soms problemen tussen de ouders. In deze gevallen kan een gestructureerde bespreking van cognities met behulp van gedachtenschema's, zoals binnen cognitieve therapie gebruikelijk is, verhelderend zijn.

Meer overleg met de ouders is ook geïndiceerd als het kind weigert om te komen of overduidelijke tegenzin blijft houden, zoals bij Anne het geval was. De eerste vraag die de therapeut in zo'n situatie moet zien te beantwoorden, is of behandeling wel nodig is en zo ja, welk probleem er dan precies moet worden behandeld. Als de conclusie is dat het kind inderdaad abnormaal hevige angst vertoont en daardoor in de ontwikkeling

wordt belemmerd, is het in eerste instantie de taak van de therapeut om te proberen het voor het kind aantrekkelijker te maken, bijvoorbeeld door tijd te besteden aan onderwerpen en activiteiten die het kind leuk vindt, en door beloningen te gebruiken voor coöperatief gedrag, zoals een leuk spel spelen als afsluiting. In de behandeling van Arthur had dit succes. Annes tegenzin was duidelijk groter, bovendien was ze een paar jaar ouder en begon ze wat puberaal gedrag te vertonen. Bij deze kinderen kan het goed zijn om de behandeling juist niet aantrekkelijk te maken en hun wens om niet te komen te honoreren, maar daar wel de voorwaarde aan te verbinden dat het kind moet laten zien dat behandeling ook niet nodig is. De gesprekken met de ouders gaan dan gewoon door, zodat de ouders kunnen worden aangemoedigd om minder aan hun kind te gaan trekken, maar wel duidelijk vast te houden aan datgene wat ze van hun kind willen. Bij Anne kon deze strategie gelukkig worden gevolgd, omdat haar klachten relatief licht waren en het inderdaad goed bleef gaan. Als het toch na verloop van tijd slechter was gegaan, was het de taak van de ouders geweest om Anne weer mee te nemen. Dat dit niet nodig was, leek mede te komen doordat Anne zelf weinig last had van haar klachten. Waarschijnlijk was haar vermijding van allerlei situaties min of meer een gewoonte geworden, die mede in stand werd gehouden doordat haar behoefte om allerlei dingen te gaan ondernemen niet zo groot was. De dingen die ze graag wilde, bleef ze namelijk wel doen. De mogelijkheid van behandeling bracht haar in het merkwaardige probleem dat ze daarvoor iets moest doen dat ze — blijkbaar — zo vervelend vond dat ze dan maar liever gewoon weer de situaties ging opzoeken die ze tot op dat moment vermeed. Zonder de ‘dreiging’ van behandelingsgesprekken had het waarschijnlijk een stuk langer geduurd voordat ze zover was gekomen. Binnen andere therapeutische referentiekaders wordt dit soort gedrag wel eens bestempeld als ‘vlucht in gezondheid’. De term ‘vlucht’ suggereert dat dit verschijnsel onwenselijk is en dat slechts een schijnverbetering is bereikt, die ongetwijfeld niet lang zal duren. Wij hebben daarop een andere visie. Het belangrijkste doel van een behandeling is volgens ons dat kinderen (weer) in een situatie komen waarin hun ontwikkeling zijn gewone loop kan hebben. Verschijnselen als angst en tegenzin om ergens naar toe te gaan, horen daar op zijn tijd bij, zolang ze niet te heftig en te langdurig worden. Mensen, ook jonge mensen, maken, al dan niet impliciet, een afweging tussen kosten en baten, tussen voor- en nadelen; als een therapie hen aanmoedigt om deze balans meer in de richting van ‘gezond’ gedrag te laten omslaan, is dat belangrijke winst. Dat laat onverlet dat de therapeut alert moet blijven op signalen die aangeven dat het kind wel ander gedrag vertoont, maar intussen net zo angstig, verdrietig of agressief blijft als het was. Onze ervaring is echter dat gedragsverandering een krachtige aanzet kan zijn tot verandering in dergelijke emoties.

We beschreven situaties waarin in elk geval gesprekken worden gevoerd met de ouders, eventueel met de kinderen erbij. In het algemeen geldt echter dat het, indien mogelijk, voordelen heeft om het kind ten minste een aantal sessies individueel te zien. Ouders kunnen dan het beste aan het eind van het gesprek worden uitgenodigd om samen met ouders en kind huiswerkopdrachten en beloningen af te spreken. Dit geldt zeker bij kinderen met separatieangst, omdat voor hen een individueel gesprek tevens een oefening zonder ouders is. Verder hebben we de indruk dat sommige kinderen het moeilijker vinden om hun ‘angstige’ gedrag te laten varen zolang één of beide ouders in de buurt zijn. Ze blijven dan langer geneigd om op hen terug te vallen. Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat de voor- en nadelen van individuele gesprekken goed tegen elkaar moeten worden afgewogen en dat ook met een eenmaal genomen beslissing flexibel moet worden omgegaan.



In het voorgaande zijn we ervan uitgegaan dat in de relatie tussen de ouders onderling geen al te grote problemen bestaan, dat zij het redelijk eens kunnen zijn over de aanpak van hun kind (al is het eerst maar voor de duur van de behandeling), en dat de affectieve band met hun kind voldoende sterk is. Indien aan een van deze voorwaarden niet is voldaan, wil dat niet zeggen dat behandeling niet mogelijk is; wel moet deze wellicht anders worden ingevuld. Voor nadere bespreking van dergelijke situaties wordt verwezen naar Lange (2000) .

Het is jammer dat juist het daadwerkelijk en herhaaldelijk oefenen tijdens behandelingen voor kinderangststoornissen nog relatief weinig lijkt te gebeuren, terwijl de mogelijkheden legio zijn. Zoals gezegd kan een kind met separatieangst oefenen steeds langer alleen te zijn, of in ieder geval zonder ouders. Soms kan worden afgesproken dat het kind thuis oefent om alleen te zijn, maar telefonisch contact heeft met de therapeut. Ook bij oefeningen tussen ouder en kind kan een (mobiele) telefoon goed worden gebruikt om oefeningen geleidelijk moeilijker te maken. Een kind met sociale angst kan vragen stellen aan de balie, aan collega's, aan andere kinderen in de wachtkamer. Specifieke fobieën zijn ook vaak goed tijdens therapie sessies te oefenen: oefenen met dieren, met een lift, met geluids- of videobandjes met onweer, enzovoort.

Bij de keuze van alternatieve gedachten wordt niet in de eerste plaats gekeken of deze, objectief gezien, wel rationeel zijn. Het criterium is vooral of ze het kind helpen. Zo kan een interventie als het meegeven van een 'talisman, om je sterker te voelen' een kind helpen doordat deze het kind afleidt van zijn angstopwekkende gedachten. Ook bij het formuleren van alternatieve gedachten voor ouders is het criterium of de nieuwe gedachten effect hebben, belangrijker dan de vraag of ze logisch en rationeel zijn.

In de behandeling van Arthur kwam nog eens naar voren wat inmiddels in verschillende experimentele studies werd aangetoond: proberen niet aan iets akeligs te denken zorgt ervoor dat je er alleen maar meer aan denkt (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). Dit verschijnsel kan aan kinderen worden uitgelegd, waarna meer nadruk wordt gelegd op alternatieve gedachten en gedrag en het feit dat gedachten alleen geen gebeurtenissen kunnen uitlokken, tenzij je door die gedachten je daadwerkelijk anders gaat gedragen. Bij sommige kinderen kan de rol van gedachten worden geïllustreerd door te bespreken dat ze helaas ook geen nieuwe fiets of pony krijgen door er alleen maar aan te denken. Ook kan kinderen worden uitgelegd dat bang zijn op zichzelf geen bewijs is dat er daadwerkelijk iets gevaarlijks is; en tot slot dat angst naar is, maar na verloop van tijd afneemt, als je maar oefent.

Het is nog steeds de vraag in hoeverre andere strategieën dan exposure, bijvoorbeeld ontspannen of andere gedachten tegen jezelf zeggen, echt noodzakelijke toevoegingen zijn. Het is echter een feit dat de meeste kinderen niet zomaar bereid zijn om weer allerlei moeilijks te gaan doen, ook niet als ze daarvoor worden beloond. Kortdurend aandacht besteden aan de andere strategieën lijkt in elk geval handig om kind en ouders mentaal voor te bereiden de exposure daadwerkelijk te gaan uitvoeren. Daarom wordt vooral gezocht naar strategieën waarin kind en ouders geloven. Dit zijn trouwens bij voorkeur wel strategieën die actieve uitvoering vereisen en het gevoel van controle vergroten. In dat opzicht zijn bijvoorbeeld medicijnen een minder gelukkige keuze.

## Abstract

*This contribution starts with some remarks on research on etiology and treatment of anxiety disorders in children. Furthermore, the treatment of two children with an anxiety disorder is described. For Arthur, a child with separation anxiety disorder, the treatment partly consisted of individual sessions, in which he gradually learned to do more activities on his own, by means of exposure in vivo assignments and coping strategies. Also, some sessions were held with the parents in which they got tips for helping Arthur to practice. With Anne, a girl with agoraphobia, individual sessions did not seem possible, because she did not find them necessary. In her treatment, the emphasis was on sessions with the parents, who mainly learned to react more firmly on Anne, and to be less anxious that she would suppress all kinds of unpleasant feelings. Finally, indications for involving parents more or less intensively in the treatment are outlined.*

## Noot

- 1 Voorpublicatie uit: De Haan et al. (2001). *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

## Referenties

- Albano, A.M. (1995). Treatment of social anxiety in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 271-298.
- Albano, A.M., Detweiler, M.F., & Logsdon-Conradsen, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions with socially phobic children. In S.W. Russ & Th.H. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families. Issues in clinical child psychology* (pp. 255-280). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- American Association for Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice Parameters for Anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 69S-84S.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family-based treatment of anxious children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.M., & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Haan, E. de, & Terluin, B. (1984). Slaapproblemen. In C.A.L. Hoogduin & E. de Haan (red.), *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Kendall, P.C. (1990). *Coping Cat Workbook*. Verkrijgbaar bij P.C. Kendall, Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA 19122.
- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen, zevende herziene druk*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Rabian, B., & Silverman, W.K. (2000). Anxiety disorders. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.), *Advanced Abnormal Child Psychology, Second edition*. Londen: Lawrence Erlbaum Associates.
- Scholing, A., & Nauta, M.H. (2000). Angst. In P.J.M. Prins & N. Pameijer (Eds.), *Protocolen in de jeugdzorg*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Weiss, B., & Weisz, J. R. (1995). Relative effectiveness of behavioral versus nonbehavioral child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 317-320.