

DENKEN, DOEN, DURVEN

WERKZAME FACTOREN IN ANGSTBEHANDELING

LIESBETH TELMAN, BONNY VAN STEENSEL, MARIJA MARIC EN SUSAN BÖGELS

Cognitieve gedragstherapie is de effectiefste behandeling voor angststoornissen bij kinderen. Toch is na behandeling ongeveer een derde van de kinderen niet vrij van hun angststoornis. Een belangrijke vraag voor ons om te onderzoeken is: Welke factoren spelen een rol in de effectiviteit van angstbehandeling bij kinderen? In maart 2015 zijn wij daarom een onderzoek gestart aan de Universiteit van Amsterdam om meer zicht te krijgen op de werking van kind-, ouder- en therapeut-factoren in angstbehandeling van kinderen.

ANGSTSTOORNISSEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN

Angststoornissen komen veel voor bij kinderen en jongeren. Ongeveer tien tot twintig procent van de kinderen heeft ooit een angststoornis gehad (Costello e.a., 2005). De comorbiditeit tussen de verschillende angststoornissen is groot. Kendall e.a. (2010) vonden dat bijna tachtig procent van de kinderen met een primaire gegeneraliseerde angststoornis, separatieangststoornis of sociale angststoornis, ook voldeed aan minstens één andere angststoornis. Ook komt comorbiditeit tussen angststoornissen en andere stoornissen voor. Zo is de kans dat bij kinderen met angststoornissen een depressie voorkomt ongeveer acht keer zo groot dan bij kinderen zonder angststoornissen (Costello e.a., 2005). Angststoornissen komen bovendien voor bij ongeveer veertig procent van de kinderen met een autismespectrumstoornis (Van Steensel e.a., 2011), en bij dertig tot veertig procent van de kinderen met ADHD (Tannock, 2009).



Angststoornissen interfereren met het dagelijks leven (DSM 5, 2013), hebben een negatief effect op de kwaliteit van leven (Van Steensel e.a., 2012) en op het gezinsfunctioneren (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006). Ook zijn ze gerelateerd aan latere problemen in de jongvolwassenheid, zoals depressie en drugsgebruik, en aan een minder hoge opleiding (Woodward & Fergusson, 2001). Kinderen herstellen meestal niet spontaan van een angststoornis (Keller e.a., 1992). Angststoornissen zijn echter goed te behandelen met cognitieve gedragstherapie (CGT). Een meta-analyse

trefwoorden

angststoornis
cognitieve gedragstherapie
werkzame factoren
transitie jeugdzorg

over de auteurs G.E. Telman, MSc, promovendus, dr. F.J.A. van Steensel, post-doc onderzoeker en psycholoog, projectleider, en prof. dr. S.M. Bögels, hoogleraar orthopedagogiek en directeur van UvA minds zijn allen werkzaam bij het Research Institute Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam. Dr. M. Maric, universitair docent en cognitief gedragstherapeut in opleiding, is verbonden aan de afdeling Ontwikkelingspsychologie van de UvA. Correspondentie: g.e.telman@uva.nl.

van In-Albon en Schneider (2007) laat zien dat de gemiddelde effectgrootte van CGT voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren 0.86 is (wat overeenkomt met een groot effect). Daarnaast werd in een Nederlandse studie gevonden dat één jaar na het volgen van CGT, 68 procent van de kinderen vrij was van hun angsten (Bodden e.a., 2008).

BEHANDELING VAN ANGSTIGE KINDEREN NOG DOELMATIGER

Ondanks deze positieve resultaten is nog steeds een derde van de kinderen niet vrij van de (primaire) angststoornis. De vraag is: welke kind-, ouder- en therapiefactoren verklaren dat de behandeling werkt? Daarnaast speelt de vraag, in het kader van de transitie jeugdzorg: wie van de kinderen kan er binnen tien sessies klaar zijn (basis GGZ), en wie heeft langer hulp nodig (specialistische GGZ)? En: kunnen de therapie-effectiviteit en de alliantie tussen therapeut en cliënt verbeterd worden door middel van feedback? In ons huidige onderzoek naar werkzame factoren in de angstbehandeling proberen wij deze vragen te beantwoorden.

WERKZAME FACTOREN

Kindfactoren. Tot dusver heeft onderzoek naar de behandel-effectiviteit van CGT voor angststoornissen bij kinderen zich voornamelijk gericht op kind- en ouderfactoren. Uit een review van Rapee e.a. (2009) komt naar voren dat geslacht geen rol lijkt te spelen in de behandel-effectiviteit. Tevens vonden zij weinig aanwijzingen dat CGT voor de behandeling van angststoornissen voor jongere of oudere kinderen meer of minder effectief zou zijn. Resultaten van een meta-analyse suggereren echter dat oudere kinderen meer profiteren van een angstbehandeling dan jongere kinderen (Reynolds e.a., 2012). Er zijn gemengde resultaten gevonden met betrekking tot de invloed van comorbiditeit. In het algemeen lijkt comorbiditeit niet van invloed op de behandel-effectiviteit (Rapee e.a., 2009), hoewel kinderen met een comorbide depressieve stoornis er mogelijk minder van profiteren (Berman e.a., 2000). Uit onderzoek blijkt dat de effectiviteit van CGT voor kinderen met angst en comorbide autisme niet sterk verschilt van de effectiviteit van CGT voor kinderen met alleen angst (Van Steensel & Bögels, 2015).

Ouderfactoren. Psychopathologie van ouders lijkt de behandel-effectiviteit negatief te beïnvloeden (Rapee e.a., 2009), maar er is daarbij geen expliciet onderscheid gemaakt tussen moeders en vaders. De angst van vader lijkt echter specifiek van invloed op de behandel-effectiviteit van angststoornissen bij kinderen

met een autismespectrumstoornis (Van Steensel e.a., in voorbereiding). Hoewel ouderlijke betrokkenheid in de behandeling van angststoornissen bij kinderen niet lijkt te leiden tot een verhoogde behandel-effectiviteit (Reynolds e.a., 2012), zijn er aanwijzingen dat kinderen met veel ASS- of ADHD-symptomen beter profiteren van een gezinsgerichte CGT dan van een individuele CGT (Maric e.a., 2015; Puleo & Kendall, 2011). Het zou kunnen dat ouderlijke betrokkenheid wel van belang is wanneer sprake is van comorbiditeit.

Behandelfactoren. Er is weinig onderzoek verricht naar de mogelijke invloed van kenmerken van de behandelaren en de alliantie op de behandel-effectiviteit bij kinderen met angststoornissen. In een meta-analyse van Shirk en Karver (2003) werd een bescheiden relatie gevonden tussen de therapeutische alliantie en de behandel-effectiviteit. Wat betreft kenmerken van behandelaren zijn slechts twee studies bekend. Podell e.a. (2013) vonden dat de klinische ervaring van de therapeut positief, en de eerdere ervaring met de behandeling van angstige kinderen negatief geassocieerd was met behandeluitkomst. Jongerden e.a. (submitted) vonden dat zowel meer klinische ervaring als meer ervaring met de behandeling van angstige kinderen voorspellend waren voor een betere behandel-effectiviteit, terwijl opleiding, training of supervisie niet van invloed waren.

Er zijn enkele aanwijzingen dat de behandel-effectiviteit te beïnvloeden is door tussentijdse feedback aan behandelaren over de voortgang van de cliënt (De Beurs e.a., 2011; Kazdin & Blase, 2011). Onderzoek naar het effect van feedback bij kinderen met verschillende problemen in de ambulante zorg laat zien dat cliënten bij wie de therapeut wekelijks feedback ontving, sneller vooruit gingen dan cliënten bij wie geen feedback aan de therapeut werd gegeven (Bickman e.a., 2011). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van wekelijkse feedback op de behandel-effectiviteit en alliantie, specifiek voor kinderen met angststoornissen. Recent onderzoek laat zien dat een goede therapeut-clientrelatie samenhangt met betere behandeluitkomsten, en dat een verbetering in de alliantie samenhangt met een vermindering van angstklachten (Cummings e.a., 2013; Hudson e.a., 2014). Het huidige onderzoek zal deze relatie verder onderzoeken, door te meten of de alliantie verbeterd door wekelijkse feedback van de cliënt.

'DENKEN + DOEN = DURVEN'

De behandeling die centraal staat in dit onderzoek is een vernieuwde versie van de cognitieve gedragstherapie 'Denken + doen = durven' (Bögels, 2008). De originele versie van deze behandeling is effectief bevonden voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen in de specialistische GGZ (zie Bodden e.a., 2008). Jongerden e.a. (submitted) vonden tevens dat deze behandeling niet alleen effectief is binnen de gecontroleerde omstandigheden van een onderzoek, maar ook in de klinische praktijk. In deze vernieuwde versie zijn een aantal aanpassingen gedaan om de

therapeut te helpen. Er wordt gewerkt met *structured flexibility*: de behandelaar krijgt structuur geboden met behulp van het protocol, maar mag flexibel omgaan met de inhoud van de behandeling. Zo kiest de therapeut zelf de modules en de werkbladen uit waarmee hij of zij wil werken, eventueel in samenwerking met het kind/gezin. De behandeling bestaat uit twee verplichte sessies: de eerste sessie (psycho-educatie) en de laatste (samenvatting en terugvalpreventie). De tussentijdse sessies mogen naar eigen inzicht worden ingevuld door te kiezen uit verschillende modules: ‘denken’ (cognitieve herstructurering), ‘voelen’ (o.a. mindfulness), ‘helpend gedrag’ (coping), ‘doen’ (exposure), ‘experimenten’, ‘praten met je ouders’, en ‘ouderbegeleiding’. Ook mag de therapeut kiezen voor elementen uit de verschillende modules; de module hoeft dus niet geheel te worden gebruikt. De therapeut bepaalt tevens wie tijdens de sessie aanwezig is. Hij kan ervoor kiezen om bijvoorbeeld alleen met het kind te werken, om de ouder(s) er aan het einde van elke sessie even bij te roepen, een combinatie te maken van ouder- en kind sessies, of gezamenlijke sessies te hebben.

WEKELIJKSE FEEDBACK AAN THERAPEUT

De module ‘denken’ richt zich op cognitieve technieken: het uitdagen van de gedachten en het vinden van bewijs voor de negatieve gedachten. De module ‘voelen’ richt zich op het herkennen van lichaamssignalen en het doen van ontspanningsoefeningen. Hier zijn nu ook mindfulness-oefeningen aan toegevoegd. De module ‘doen’ betreft het uitvoeren van exposures, waarbij helpend gedrag (coping) kan worden ingezet. Onder ‘helpend gedrag’ wordt onder meer verstaan: moedig gedrag, taakconcentratie en het oproepen van een positieve herinnering (contraconditionering). Daarnaast is er de module ‘experimenten’, waarbij het kind een negatieve gedachte gaat toetsen aan de hand van bijvoorbeeld een gedragsexperiment of enquête. Bij de module ‘praten met je ouders’ leert het kind om te praten met de ouders over de angst, en wordt het stoplicht geïntroduceerd als methode om beter aan de ouders duidelijk te maken of het kind hulp nodig heeft. Tot slot kan de behandelaar een module ‘ouderbegeleiding’ inzetten om ouders uit te leggen wat hun invloed is op angst bij hun kind, wat de rol is van vader en moeder, of om uitleg te geven over de therapie. De behandeling wordt feestelijk afgesloten door het overhandigen van het Denken + doen = durven-diploma.

HUIDIG ONDERZOEK NAAR WERKZAME FACTOREN

Gezien de huidige ontwikkelingen binnen de jeugdzorg (basis versus specialistische GGZ, en de transitie jeugdzorg) is het extra belangrijk om meer zicht te krijgen op de vraag: ‘Wat werkt voor wie en

onder welke omstandigheden?’ Wanneer meer kennis beschikbaar is over welke factoren een rol spelen in de behandel-effectiviteit, kunnen hulpverleners beter bepalen of verwezen moet worden naar de basis of specialistische GGZ. Ook kan meer inzicht ontstaan in factoren die de behandel-effectiviteit beïnvloeden, en in vragen als hoe de behandeling zo optimaal mogelijk ingezet kan worden, en welke behandelaar met welke ervaring die het beste kan uitvoeren. Tevens onderzoeken wij of kinderen/gezinnen in de basis GGZ verschillen van diegenen die verwezen zijn naar de specialistische GGZ. Zijn er verschillen in de ernst van de angststoornissen, eventuele comorbiditeit en ouderlijke psychopathologie? In ons onderzoek is het streven om binnen tien sessies klaar te zijn met de angstbehandeling. Bij doorbehandeling kijken wij wat het additionele effect hiervan is, en of te voorspellen is welk kind/ gezin aanvullende behandeling nodig heeft.

Kinderen van acht tot achttien jaar met angstklachten doen mee aan dit onderzoek. Aangezien variatie en heterogeniteit van deelnemers wenselijk is, zijn er geen exclusiecriteria voor cliënten (comorbiditeit), therapeuten (opleiding), of instellingen (basis of specialistische GGZ, jeugdhulpverlening). Angstproblemen worden gemeten via een online vragenlijst voor het gezin: voorafgaand aan de behandeling, na vijf, tien en twintig weken. Kinderen en ouders vullen na elke sessie thuis een korte online vragenlijst in. Deze bevat vragen over hoe het met het kind gaat (‘Outcome Rating Scale’; Miller e.a., 2003), over de betreffende sessie (Session Rating Scale; Duncan e.a., 2003) en over de specifieke angstsymptomen. Een deel van de therapeuten krijgt deze antwoorden direct teruggekoppeld, zodat zij deze kunnen gebruiken in de behandeling.

MEEDOEN AAN BEHANDELING EN ONDERZOEK

Het onderzoek is in maart 2015 gestart en loopt nog tot eind 2016. Inmiddels doen de volgende instellingen mee aan het onderzoek: UvA minds, Psychologenpraktijk Kuin, Buro van Roosmalen, Max Ernst GGZ, de Kinderkliniek, Psychologenpraktijk Waalre, AMC afdeling PSA en Metablica. Ons streven is een onderzoekspopulatie van 130 cliënten. De eerste resultaten verwachten wij begin 2017.

Voor het onderzoek zijn we nog op zoek naar instellingen, behandelaren, psychologen, pedagogen en/of gedragswetenschappers die kinderen met angstproblemen behandelen en een bijdrage kunnen leveren aan de dataverzameling. We komen graag bij u langs voor een presentatie van het onderzoek. Wie daarvoor belangstelling heeft, en wil helpen meer duidelijkheid over deze belangwekkende onderzoeksvragen te krijgen, kan contact opnemen met Liesbeth Telman via g.e.telman@uva.nl.

Dit onderzoek wordt gefinancierd door een subsidie van ZonMw (projectnummer 729101010) aan dr. F.J.A. van Steensel, prof. dr. S.M. Bögels en dr. M. Maric.