



Utrecht University

**Hoe reageren therapeuten op weerstand van jongeren en wordt dit beïnvloed door de
DSM-diagnose van de jongere?**

Elise Ebbers (5648238)

Utrecht University

Abstract

De huidige studie heeft onderzocht hoe autonomie-ondersteunend of directief therapeuten reageren op weerstand van jongeren in therapie en of de DSM-diagnose van de jongere hier invloed op heeft. Hierbij werd verwacht dat therapeuten minder autonomie-ondersteunend reageren bij jongeren met ODD dan jongeren met SAD. Therapeuten ($N = 55$) reageerden in het onderzoek op twee videofragmenten van een therapiesessie waarin een jongere weerstand toont, waarbij als experimentele manipulatie de DSM-diagnoses ODD en SAD in een beschrijving vooraf genoemd werden. De reacties van de therapeuten werden op audio opgenomen en achteraf gecodeerd op een 7-punts Likertschaal van directief naar autonomie-ondersteunend. Therapeuten bleken even vaak autonomie-ondersteunende en directieve reacties te geven bij jongeren met beide diagnoses. Hoewel therapeuten gemiddeld iets meer autonomie-ondersteunend reageerden bij jongeren met SAD ($M = 4,66$) dan bij jongeren met ODD ($M = 4,22$), bleek dit verschil niet significant te zijn ($p = ,184$). Mogelijke verklaringen zijn dat therapeuten minder gevoelig zijn voor DSM-diagnoses dan verwacht of dat de huidige studie geen effect kon aantonen, doordat de studie een lage power heeft. Ook kan het zijn dat therapeuten in langere interacties wel verschillend reageren door verschillend gedrag van jongeren met verschillende DSM-diagnoses, in plaats van puur hun DSM-diagnose. Het huidige onderzoek geeft nieuw inzicht in hoe therapeuten omgaan met weerstand in therapie.

Sleutelwoorden: weerstand, jongeren, autonomie-ondersteuning, directieve benadering, reacties van therapeuten, DSM-diagnoses

Hoe reageren therapeuten op weerstand van jongeren en wordt dit beïnvloed door de DSM-diagnose van de jongere?

Eén op de vier tot vijf jongeren heeft te maken met psychische problemen (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Effectief bewezen interventies worden ingezet om hen te helpen (Das et al, 2016). Deze interventies werken echter niet optimaal, doordat jongeren vaak weerstand tonen of zelfs voortijdig stoppen met de behandeling (De Haan, Boon, De Jong, Hoeve, & Vermeiren, 2013). Dat heeft veel negatieve consequenties voor het functioneren van de jongeren, de uitkomsten van de behandeling en de kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008; Westra & Norouzian, 2018). De weerstand die jongeren tonen kan bijvoorbeeld bestaan uit een ongeïnteresseerde houding, het niet maken van huiswerkopdrachten en het tegenspreken van de therapeut (Urmanche, Oliveira, Gonçalves, Eubanks, & Muran, 2019). Onderzoek naar de oorsprong van deze weerstand en voortijdige uitval, laat zien dat een aantal persoonlijke en demografische factoren zoals SES, etniciteit en IQ het ontstaan van weerstand en voortijdige uitval van therapie kunnen voorspellen (Barret et al., 2008; De Haan et al., 2013). Factoren in het therapeutische proces zijn echter van groter belang en meer veranderbaar om het probleem van weerstand te kunnen begrijpen en aan te pakken en daarom zal het huidige onderzoek zich daarop focussen (Garcia & Weisz, 2002).

Om het ontstaan van de weerstand die jongeren tonen te verklaren, blijkt het gevoel van autonomie van de jongere van belang te zijn (Lavik, Veseth, Frøysa, Binder, & Moltu, 2018). Volgens de Zelfdeterminatietheorie hebben mensen, naast een gevoel van verbondenheid en competentie, behoefte aan een gevoel van autonomie om goed te kunnen functioneren en open te staan voor veranderingsprocessen (Ryan & Deci, 2008). Autonomie is hierbij het zelf kunnen beslissen over eigen gedrag en een daarbij horend gevoel van wilskracht, bereidheid en controle over eigen gedrag (Ryan & Deci, 2008). Bij jongeren is er

sprake van een versterkte behoefte aan autonomie en zelfstandigheid, doordat de ontwikkelingsfase van kindertijd naar volwassenheid veel van die veranderingsprocessen omvat in de overgang (Dahl, Allen, Wilbrecht, & Suleiman, 2018). Ook in behandeling is er vrijwel altijd sprake van een veranderingsproces van bijvoorbeeld het gedrag van een jongere (Ryan & Deci, 2008). In de therapeutische setting moeten jongeren echter de hulp van een volwassene aannemen om hun gedrag te veranderen, waardoor het gevoel van autonomie minder wordt en er daarin frictie kan ontstaan (Lavik et al., 2018; Wilson & Deane, 2012). De behoefte aan autonomie van jongeren is dus een mogelijke verklaring van de weerstand die jongeren tonen in therapie (Gibson & Cartwright, 2013; Naar-King, 2011; Urmanche et al., 2019).

Het gedrag van de therapeut is vervolgens van groot belang, aangezien daarmee de weerstand doorbroken of versterkt kan worden (Westra & Norouzian, 2018). Dit doet de therapeut door de jongere actief te blijven betrekken of juist hard tegen de weerstand van de jongere in te gaan (Moyers & Rollnick, 2002; Sommers-Flanagan, Richardson, & Sommers-Flanagan, 2011; Urmanche et al., 2019). Uit veel onderzoeken blijkt dat de therapeutische setting en therapeutische relatie belangrijk zijn om behandelingen effectief te laten verlopen en het probleem van weerstand te begrijpen en aan te pakken (Barrett et al., 2008; Garcia & Weisz, 2002; Westra & Norouzian, 2018). Jongeren geven zelf in onderzoeken ook aan dat ze een goede relatie met de therapeut nodig hebben, waarin ze een gevoel van gelijkwaardigheid, zelfstandigheid en autonomie krijgen, om gemotiveerd mee te werken in therapiesessies (Gibson, Cartwright, Kerrisk, Campbell, & Seymour, 2016; Lavik et al., 2019).

Over het tot stand brengen van een goede therapeutische setting en relatie, zijn een aantal theorieën die focussen op het handelen van therapeuten. Hierbij worden technieken van Motivational Interviewing en toepassingen van de Zelfbeschikkingstheorie aangeprezen

(Resnicow & McMaster, 2012; Vansteenkiste & Sheldon, 2006; Westra & Norouzian, 2018). Het belang van autonomie-ondersteunend gedrag wordt hierbij benadrukt en voor een directieve benadering wordt gewaarschuwd (Westra & Norouzian, 2018). Een therapeut toont autonomie-ondersteunend gedrag wanneer hij of zij zelfreflectie bij de cliënt stimuleert, doelen gebruikt die een cliënt zelf opstelt en serieus ingaat op tegenwerpingen of obstakels die een cliënt ervaart bij het veranderen van bepaald gedrag (Resnicow & McMaster, 2012). Wanneer een therapeut een directieve benadering gebruikt, legt hij of zij meer direct zijn of haar visie op alternatieve gedragingen of gedachtepatronen op bij de cliënt, waarbij hij of zij sterk aandringt op verandering (Westra & Norouzian, 2018). Het inzetten van autonomie-ondersteunende technieken in therapie blijkt te leiden tot een beter verloop en betere uitkomsten van de behandeling (Vansteenkiste & Sheldon, 2006; Westra & Norouzian, 2018). Vanuit de theorie van Motivational Interviewing wordt beredeneerd dat een directieve benadering daarentegen een negatieve interactie tussen de therapeut en de jongere in gang kan zetten. De weerstand van de jongere wordt dan versterkt, wat er uiteindelijk zelfs toe kan leiden dat de jongere voortijdig stopt met de behandeling (Westra & Norouzian, 2018).

Ondanks theorieën over en onderzoek naar de verschillende benaderingen die therapeuten kunnen gebruiken in therapie en de mogelijke gevolgen daarvan, is er nog weinig bekend over hoe therapeuten daadwerkelijk reageren op weerstand die jongeren tonen in therapie. Het is dus nog niet bekend hoe autonomie-ondersteunend of directief therapeuten in zulke situaties reageren. Aangezien inzicht hierin mogelijk belangrijke implicaties heeft voor de klinische praktijk, zal het huidige onderzoek een eerste stap zetten om de reacties van therapeuten op weerstand bij jongeren in kaart te brengen.

Daarnaast zal de huidige studie onderzoeken of de DSM-diagnose van de jongere invloed heeft op de reacties van therapeuten op weerstand. Meer specifiek zal onderzocht worden of therapeuten meer directief en dus minder autonomie-ondersteunend reageren bij

jongeren met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) dan bij jongeren met een sociale angststoornis (SAD). Hoewel er nog geen onderzoek is of de DSM-diagnose van jongeren het gedrag van de therapeuten beïnvloedt, is wel aangetoond dat er bij therapeuten meer negatieve emoties opgewekt worden bij cliënten met gedragsstoornissen dan bij cliënten met depressieve stoornissen (Shachner & Farber, 1997). Onderzoek bij ouders en kinderen, waaruit blijkt dat ouders in toenemende mate directief reageren bij toenemend opstandig gedrag van hun kind, geeft ook indirect bewijs voor de verwachting dat therapeuten meer directief zullen reageren bij jongeren met ODD, aangezien deze jongeren meer opstandig gedrag vertonen dan jongeren met SAD (Verhoeven, Junger, Van Aken, Deković, & Van Aken, 2010; Schulz, Leijten, Shaw, & Overbeek, 2019). Ook blijken ouders bij kinderen met angstproblemen meer ondersteunend en bij kinderen met opstandige gedragsproblemen meer directief reageren op opstandig gedrag (Brunk & Henggeler, 1984). De aard van ouder-kind relaties is echter anders dan die tussen een therapeut en een cliënt en deze onderzoeken zijn voornamelijk onder jongere kinderen uitgevoerd (Verhoeven et al., 2010; Brunk & Henggeler, 1984; Schulz et al., 2019). Er is nog geen empirisch onderzoek uitgevoerd naar hoe therapeuten reageren op jongeren met verschillende DSM-diagnoses. Therapeuten geven zelf echter wel aan dat ze in het benaderen van jongeren met ODD in therapie geneigd zijn een directieve houding aan te nemen, door de verwachtingen die ze hebben op basis van eerdere ervaringen met jongeren met gedragsproblemen (Hanna, Hanna, & Keys, 1999; Gambrell, 2006; Smale, 2019). Daarom is de verwachting dat therapeuten bij jongeren met ODD meer directief en minder autonomie-ondersteunend zullen reageren dan bij jongeren met SAD.

Als deze verwachting blijkt te kloppen, toont dat mogelijk een probleem aan in de benadering van zulke jongeren in behandelingen. Aangezien jongeren met ODD juist problemen hebben met autoriteit en meer behoefte hebben aan autonomie, is de ervaren

frictie in therapie bij deze jongeren waarschijnlijk groter (Hanna et al., 1999; Van Petegem, Vansteenkiste, Soenens, Beyers, & Aelterman, 2015). De kans dat weerstand ontstaat, is bij hen daardoor dus groter en het blijkt ook dat voortijdige uitval uit een behandeling bij jongeren met gedragsproblemen vaker voorkomt dan bij jongeren met angstproblemen (De Haan et al. 2013; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn, & Sack, 1997). Om jongeren met ODD gemotiveerd te krijgen en te houden voor een behandeling is het daarom extra belangrijk dat therapeuten autonomie-ondersteunend reageren (Urmanche et al., 2019). Als in het huidige onderzoek blijkt dat therapeuten juist directiever reageren op weerstand bij jongeren met ODD, zou dat mogelijk dus niet goed aansluiten bij de behoeften van deze jongeren en dat is een belangrijke implicatie voor de praktijk.

In het huidige onderzoek zullen therapeuten reageren op videofragmenten van jongeren die weerstand tonen in een therapiesessie. De reacties van de therapeuten zullen opgenomen worden om vervolgens gecodeerd te worden op een 7-punts Likertschaal die van directief naar autonomie-ondersteunend loopt. Om in kaart te brengen hoe autonomie-ondersteunend of directief de therapeuten reageren, zullen de reacties allereerst gecategoriseerd worden als directief of autonomie-ondersteunend. Om te onderzoeken of therapeuten bij jongeren met ODD meer directief reageren dan bij jongeren met SAD, worden als experimentele manipulatie de DSM-diagnoses ODD en SAD genoemd in een beschrijving voorafgaand aan de videofragmenten. De gecodeerde reacties zullen vergeleken worden tussen de twee DSM-condities, waarbij de verwachting is dat therapeuten minder autonomie-ondersteunend zullen reageren bij de jongeren met ODD dan de jongeren met SAD.

Methode

Participanten

Om te bereken hoeveel participanten nodig zijn in het huidige onderzoek, is met G-power een *a priori* poweranalyse uitgevoerd. In eerder onderzoek werd een groot effect ($d = ,80$) gevonden bij het onderzoeken van het effect van DSM-diagnoses op emotionele responsen van therapeuten (Shachner & Farber, 1997). In het huidige is een medium effect ($d = ,50$) met een power van ,80 beoogd en bij een *within-subjects design* is daarvoor een steekproef van minstens 27 participanten nodig.

In het huidige onderzoek deden 55 participanten mee in de leeftijd van 23,10 tot 64,78 jaar ($M = 35,74$, $SD = 10,62$). Van de therapeuten was 92,7% vrouw en 7,3% man. De participanten waren therapeuten die een masteropleiding psychologie of orthopedagogiek hebben afgerond en werken binnen een ggz-instelling. Werkervaring met jongeren was geen vereiste voor participatie, maar werd in het onderzoek uitgevraagd en 87,6 % van de participanten bleek werkervaring met jongeren te hebben, variërend tussen 0,50 tot 22,00 jaar ($M = 7,05$, $SD = 6,12$). De therapeuten zijn door masterstudenten binnen hun netwerk geworven middels een e-mail met een informatiebrief over het onderzoek. De participanten komen uit verschillende ggz-instellingen en plaatsen in Nederland en op drie participanten na hadden alle participanten zowel een Nederlandse nationaliteit als etniciteit. Er was sprake van een passieve wervingsmethode, waarbij de therapeuten vrij waren om te reageren op de uitnodiging of niet. *Informed consent* werd aan het begin van de onderzoeksprocedure gegeven en de participanten ontvingen geen beloning voor hun deelname.

Materialen

Stimuli. In het onderzoek werden twee videofragmenten van therapie sessies gebruikt waarin de jongere weerstand toont. Een onderzoeker en jongeren van een toneelopleiding, in de leeftijd van 13 tot 15 jaar, speelden de rollen van therapeut en de cliënten. In de

fragmenten is het begin van een therapieessie te zien, waarbij de therapeut vraagt of het huiswerk van de afgelopen week gelukt is. In beide videofragmenten laat de jongere eerst passief gedrag zien, door bijvoorbeeld onderuitgezakt te zitten en de schouders op te halen, gevolgd door opstandig gedrag, waarbij de jongere bijvoorbeeld aangeeft de huiswerkopdracht niet te hebben gedaan. De sekse van de jongere en het huiswerk dat was opgegeven verschilden tussen de videofragmenten. De volgorde waarin de videofragmenten aan de therapeuten werd getoond, was gecounterbalanced om uit te kunnen sluiten dat de volgorde van de videofragmenten invloed heeft op de resultaten.

Experimentele manipulatie. In het huidige onderzoek is een *within-subjects design* gebruikt, waarbij de reacties van therapeuten op weerstand bij jongeren met de DSM-diagnoses ODD en SAD zijn vergeleken. Voorafgaand aan elk videofragment werd een korte beschrijving van de cliënt gegeven, waarin de naam, de leeftijd, de reden voor aanmelding en de diagnose werden genoemd. De volgorde waarin de diagnoses aan de videofragmenten werden gekoppeld, werd willekeurig verdeeld over de participanten, om te verzekeren dat de reacties van de therapeuten bepaald werden door de diagnoses in plaats van de inhoud van de videofragmenten. Als manipulatiecontrole is berekend hoeveel participanten aan het eind van het onderzoek beide diagnoses nog correct aan de videofragmenten wisten te koppelen en het bleek dat 90,9% van de participanten beide diagnoses had onthouden.

Codering van reacties. De reacties van de therapeuten werden op audio opgenomen om vervolgens gecodeerd te worden. Dit is gedaan op een 7-punts Likertschaal met 1 = *directief* en 7 = *autonomie-ondersteunend*, die ontleend is aan de Motivational Interviewing Skill Code (Miller, Moyers, Ernst, & Amrhein, 2008). Zo konden de reacties van de therapeuten gekwantificeerd worden om de mate waarin de reacties autonomie-ondersteunend of directief waren te bepalen. Een reactie werd als autonomie-ondersteunend gecodeerd wanneer de therapeut primair focuste op het perspectief van de jongere en liet

blijken dat er ruimte was om de opdracht niet of anders te maken. Dit bleek bijvoorbeeld wanneer een therapeut serieus inging op bezwaren en begripvol, steunend en vriendelijk was richting de jongere. Een reactie werd als directief gecodeerd wanneer de therapeut primair focuste op de opdracht en er geen ruimte was om de opdracht niet of anders te maken. Dit bleek bijvoorbeeld wanneer een therapeut geen ruimte bood voor het perspectief van de jongere, de jongere meer dwingend en strenger aansprak, focuste op wat de jongere fout deed en de gevolgen daarvan. Reacties die niet directief of autonomie-ondersteunend waren, zijn met een 4 gecodeerd.

Het coderen is gedaan door twee masterstudenten en een onderzoeker die hier een training voor hebben gevolgd. De data van de eerste 20,4% van de participanten vormde een trainingssample die gezamenlijk gecodeerd werd. De overige 79,6% van de data werd afzonderlijk gecodeerd. De hoofdonderzoeker die alle reacties codeerde, vormde de gouden standaard en de masterstudenten codeerden allebei de helft. De codeerbetrouwbaarheid tussen de gouden standaard en de beide andere codeurs, berekend met een Pearson correlatie, zat tussen de ,78 en ,85, wat een goede betrouwbaarheid aantoont. Vervolgens is door overleg consensus bereikt over de uiteindelijke scores.

Achtergrondvariabelen en controlevariabelen. Om te controleren of de therapeuten zich konden inleven in de videofragmenten werden drie items, zoals 'Ik kon mij identificeren met de therapeut' gebruikt. Deze werden gescoord op een schaal van 1 = *helemaal eens* tot 7 = *helemaal oneens*. Er is een inlevingsschaal gecreëerd met het gemiddelde van de scores op deze 3 items als totaalscore (Cronbach's alpha = ,62). Ook werd gevraagd naar de mate waarin de therapeuten de videofragmenten realistisch vonden en vonden dat er daadwerkelijk sprake was van weerstand vanuit de jongere. Dit werd met 2 items voor beide fragmenten uitgevraagd op een schaal van 0 tot 10. Ten slotte werd gevraagd of de participanten de

DSM-diagnoses van de jongeren konden herinneren en wat ze dachten dat het doel van het onderzoek was.

Procedure

De participanten kozen zelf de locatie voor het onderzoek, waarbij het belangrijk was dat er een rustige ruimte beschikbaar was. Dit was in de meeste gevallen hun werkomgeving (72,7%) en met de overige participanten werd bij de participant thuis (16,4%) of op een andere locatie (10,9%), zoals de universiteit, afgesproken. Bij aanvang van de onderzoeksprocedure ontving de therapeut opnieuw de informatiebrief over het onderzoek. Om de responsen in het onderzoek niet te beïnvloeden, werd informatie over de experimentele manipulatie in het onderzoek nog niet gegeven. De therapeuten konden vragen stellen en gaven vervolgens *informed consent* voor hun deelname aan het onderzoek. De onderzoeker gaf vervolgens de instructies om na elke videofragment te reageren zoals de therapeuten dat in het echt ook zouden doen en de fragmenten maar één keer te bekijken. Daarbij noemde de onderzoeker ook dat het fragment uit de derde sessie kwam, dus dat de therapeut en de jongere elkaar al kenden. Om te wennen aan het reageren op een videofragment, startten de therapeuten met een oefenfragment van een neutrale therapiesessie waarin geen sprake was van weerstand bij de jongere. Hierna zette de onderzoeker de audiorecorder aan en verliet de ruimte, om de reacties van de therapeuten niet te beïnvloeden. Vervolgens lazen de therapeuten informatie over de jongere uit het eerste videofragment, waarin de diagnose ODD of SAD werd genoemd. Hierna bekeken ze dit fragment en reageerden hierop. Dit werd herhaald voor het tweede videofragment. Nadat de therapeuten gereageerd hadden op het tweede videofragment, werd de onderzoeker teruggedroepen. Die zette de audiorecorder uit en vervolgens werden de vragenlijsten afgenomen waarin achtergrondinformatie over de therapeuten en controlevariabelen uitgevraagd werden. Hierna volgde een debriefing, waarin de onderzoeker vertelde wat het doel is van de studie en vroeg

of de participant ermee akkoord gaat dat de audio-opnames in een vervolgonderzoek worden meegenomen. De duur van de procedure was een half uur.

Data-analyse

Om te onderzoeken hoe autonomie-ondersteunend of directief therapeuten reageren op weerstand van jongeren in therapie zijn descriptieve analyses uitgevoerd. Hiervoor zijn de gecodeerde reacties van de therapeuten opgedeeld in twee categorieën, namelijk *directief* (score 1-3) en *autonomie-ondersteunend* (score 5-7). De percentages van het aantal reacties per categorie is berekend en dit is voor de DSM-condities ODD en SAD afzonderlijk gedaan, aangezien er voor elke participant twee scores waren. Tevens is met een chi-kwadraattoets getest of er verschil is in het aantal directieve en autonomie-ondersteunende responsen.

Om te onderzoeken of de reacties van de therapeuten verschillen bij jongeren met SAD en jongeren met ODD, is een kwantitatieve analyse uitgevoerd. Er is een gepaarde *t*-toets uitgevoerd, waarbij de gecodeerde reacties van de therapeuten, op de schaal van 1 tot 7, werden vergeleken tussen de beide DSM-condities.

Resultaten

Vooranalyses

Er is allereerst een standaardisatiecontrole uitgevoerd, door met een gepaarde *t*-toets te onderzoeken of er verschil was tussen de twee videofragmenten in de mate waarin de therapeuten de videofragmenten realistisch vonden en vonden dat er sprake was van weerstand. De mate waarin de videofragmenten een realistische weergave waren van de werkelijkheid, werd door de therapeuten bij het fragment met de jongen ($M = 74,25$, $SD = 17,39$) en met het meisje ($M = 75,76$, $SD = 14,54$) niet verschillend beoordeeld, $t(48) = -0,96$, $p = ,897$. Ook beoordeelden de therapeuten de mate van weerstand in het fragment met de jongen ($M = 60,23$, $SD = 18,39$) en met het meisje ($M = 60,62$, $SD = 16,12$) niet verschillend, $t(48) = -,13$, $p = ,341$. De standaardisatie was dus geslaagd.

Hoofdanalyses

Om in kaart te brengen hoe therapeuten reageren op weerstand bij jongeren in therapie, zijn de categorieën *directieve reacties* (scores 1-3) en *autonomie-ondersteunende reacties* (scores 5-7) gemaakt, waarmee vervolgens descriptieve analyses zijn uitgevoerd. Reacties met score 4 zijn buiten beschouwing gelaten, aangezien deze niet directief of autonomie-ondersteunend waren en voor deze onderzoeksvraag dus niet informatief zijn. In onderstaande Tabel 1 zijn de percentages per categorie te vinden. Voorbeelden van reacties uit beide categorieën zijn in Tabel 2 te vinden. Hoewel het percentage autonomie-ondersteunende reacties in beide DSM-condities hoger is, bleek uit de chi-kwadraattoets dit zowel bij jongeren met ODD als bij jongeren met SAD niet significant verschillend te zijn, respectievelijk $\chi^2(1) = 1,195, p = ,274$ en $\chi^2(1) = 1,485, p = ,223$.

Tabel 1

Percentages van het Aantal Directieve en Autonomie-Ondersteunende Reacties per Conditie

	<i>N</i>	<i>Directief (code 1-3)</i>	<i>Autonomie-ondersteunend (code 5-7)</i>
ODD-conditie	50	34,0%	48,0%
SAD-conditie	52	25,0%	38,5%

Noot. De N verschilt per conditie, vanwege een aantal missende waarden.

Tabel 2

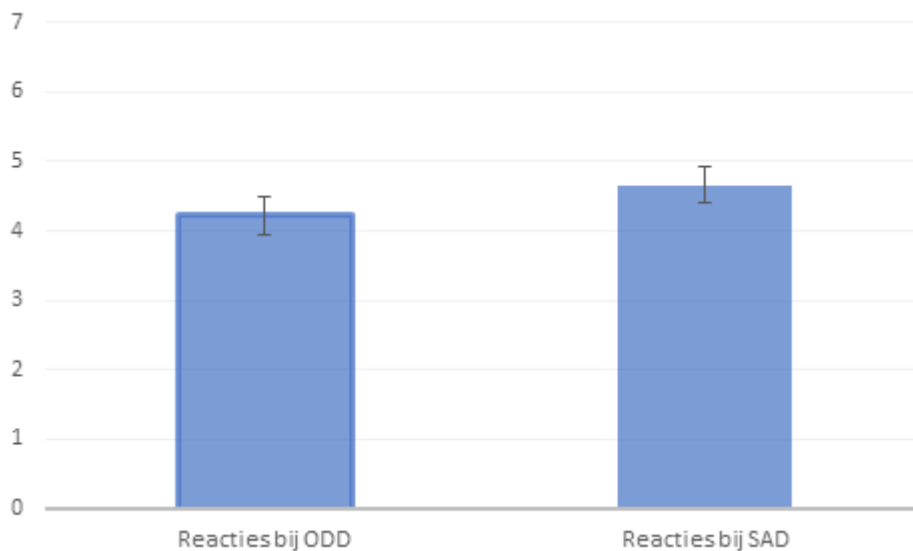
Voorbeelden van Directieve en Autonomie-Ondersteunende Reacties

	<i>Voorbeelden van reacties</i>
Directief	<p>‘Ik snap dat het druk is, maar wat wel zo is, is dat jij alleen rustiger kan worden als je er zelf mee aan de slag gaat. Ik kan dat niet voor jou veranderen, dus je zal er ook zelf mee moeten oefenen.’</p> <p>‘Het is wel belangrijk dat je oefent met de huiswerkopdrachten, want als je dat doet kunnen we steeds een stapje verder komen.’</p>

	<p>‘Het is wel belangrijk dat je de huiswerkopdrachten doet, zodat ik je ook kan helpen. Hoe kunnen we zorgen dat je de oefeningen wel gaat doen; wat kunnen we erover afspreken?’</p>
Autonomie-ondersteunend	<p>‘Ik zou graag samen met je willen kijken hoe we dat wat jij wil bereiken op de beste manier kunnen doen en hoe we deze afspraken kunnen invullen, zodat het goed past bij jou.’</p> <p>‘Wat zou je wel fijn vinden om te maken? Of kan je iets anders bedenken wat je wel kan doen of hoe we de volgende sessie kunnen indelen?’</p> <p>‘Je geeft aan dat je het druk hebt en dat snap ik. Heb je een idee hoe we iets kunnen bedenken, waarmee je toch iets kan oefenen, maar dat we wel zorgen dat het goed bij jou past. Zullen we daar eens naar kijken?’</p>

Om te onderzoeken of therapeuten verschillend reageren op weerstand bij jongeren op basis van de DSM-diagnose ODD en SAD is een gepaarde *t*-toets uitgevoerd, waarbij de gecodeerde reacties vergeleken zijn tussen beide DSM-condities. De voorwaarde van normaalverdeeldheid is gecontroleerd door *z*-scores voor de kurtosis en de skewness te berekenen en deze vielen binnen de gestelde range van +/- 3, dus hier werd aan voldaan. Gemiddeld reageerden therapeuten in de ODD-conditie ($M = 4,22$, $SD = 2,01$) iets minder autonomie-ondersteunend dan in de SAD-conditie ($M = 4,66$, $SD = 1,81$). Dit verschil bleek echter niet significant te zijn, $t(49) = -1,35$, $p = ,184$ en $d = 0,19$. Met *G*-power is een *post-hoc* poweranalyse uitgevoerd, waaruit bleek dat de huidige studie een power van ,262 heeft. In Figuur 1 zijn de gemiddelden en de standaardfouten weergegeven van de reacties van

therapeuten bij jongeren met ODD en SAD. De verwachting dat therapeuten minder autonomie-ondersteunend reageren op weerstand bij jongeren met ODD dan bij jongeren met SAD, wordt dus niet ondersteund.



Figuur 1. Weergave van de Gemiddelde Scores en de Standaardfout

Controleanalyses

Tevens is gecontroleerd of de resultaten anders zijn wanneer participanten, die zich heel slecht konden inleven in de videofragmenten niet werden meegenomen. Hiervoor werd opnieuw een gepaarde *t*-toets uitgevoerd, waarbij participanten uit de analyse werden gelaten die op de inlevingsschaal 2 of lager scoorden ($n = 2$). Dit bleek echter geen verandering te geven in de resultaten. Ten slotte is er een gepaarde *t*-toets uitgevoerd, waarbij participanten werden weggelaten die de DSM-diagnoses niet correct hadden onthouden ($n = 5$). Dit bleek ook geen invloed te hebben op de resultaten.

Discussie

Het huidige onderzoek is uitgevoerd om in kaart te brengen hoe autonomie-ondersteunend of directief therapeuten reageren op weerstand van jongeren in therapie. Ook is onderzocht of de DSM-diagnose van de jongere hier invloed op heeft. Het bleek dat therapeuten even vaak autonomie-ondersteunend als directief reageren bij zowel jongeren

met ODD als jongeren met SAD. Hoewel therapeuten bij jongeren met SAD gemiddeld iets meer autonomie-ondersteunend reageerden dan bij jongeren met ODD, bleek dit verschil niet significant te zijn.

Therapeuten bleken dus zowel autonomie-ondersteunend als directief te reageren wanneer jongeren weerstand tonen in therapie, waarbij een van die reacties niet significant vaker gegeven werd dan de ander. Vanuit verschillende theorieën, zoals de Zelfdeterminatietheorie en Motiverende Gespreksvoering, wordt een autonomie-ondersteunende benadering aangeprezen om weerstand bij jongeren te voorkomen of te doorbreken en voor een directieve benadering wordt gewaarschuwd (Resnicow & McMaster, 2012; Vansteenkiste & Sheldon, 2006; Westra & Norouzian, 2018). Met het huidige onderzoek is een beter beeld gecreëerd van de toepassing van deze theorieën in de praktijk. Daarbij blijkt dus dat therapeuten in 34-48% van de gevallen een autonomie-ondersteunende benadering gebruikten, maar ook in 25-34% van de gevallen directief reageerden. Als een autonomie-ondersteunende houding van therapeuten de beste manier is om met weerstand van jongeren om te gaan en een directieve benadering juist averechts kan werken, geeft deze bevinding mogelijk aan dat er hierin verbetering nodig is.

Het huidige onderzoek vond geen onderbouwing voor de verwachting dat therapeuten bij jongeren met ODD minder autonomie-ondersteunend zouden reageren dan bij jongeren met SAD. Daarvoor zijn verschillende verklaringen mogelijk.

Allereerst kan het zo zijn, dat er door de opzet van het huidige onderzoek geen effect is gevonden van de DSM-diagnoses van jongeren op hoe therapeuten reageren. Het huidige onderzoek blijkt namelijk een lage power te hebben. Dit kan veroorzaakt worden door een te kleine steekproef of een te kleine effectgrootte (Field, 2013). In een onderzoek naar het effect van de DSM-diagnoses van jongeren op de emotionele reactie van therapeuten, werd een groot effect gevonden bij een steekproef van 50 participanten (Schachner & Farber, 1997).

Hoewel de uitkomstvariabelen verschillend zijn, zijn deze wel sterk aan elkaar verbonden en het aantal participanten in het huidige onderzoek zou dus voldoende moeten zijn om een effect te vinden als deze er is, zoals ook berekend was met een *a priori* poweranalyse. Het verschil in reacties van therapeuten bij jongeren met SAD en ODD was in de verwachte richting, maar het was een erg klein effect. Mogelijk hebben DSM-diagnoses van jongeren een sterker effect op de emotionele respons van therapeuten dan op hun gedrag en is er daarom in de huidige studie geen effect gevonden (Schachner & Farber, 1997). Dat verschil kan mogelijk komen doordat emotionele responsen meer automatisch zijn, terwijl er bij gedrag veel meer cognitieve functies meespelen (Ochsner, Bunge, Gross, & Gabrieli, 2002).

Wellicht dat het gedrag van therapeuten dus niet beïnvloed wordt door de DSM-diagnose van de jongere, zoals wel verwacht werd. De hypothese dat therapeuten meer directief zouden reageren bij een jongere met ODD was deels gebaseerd op onderzoek naar ouder-kind interacties. Bij dergelijk onderzoek bleken ouders bij opstandig gedrag meer directief reageren bij kinderen met opstandige gedragsproblemen dan bij kinderen met angstproblemen (Brunk & Henggeler, 1984; Schulz et al., 2019). De relatie tussen ouders en kinderen is echter heel anders van aard dan een therapeutische relatie en wellicht zijn de bevindingen bij ouder-kind interacties niet van toepassing op hoe therapeuten omgaan met weerstand bij jongeren. Therapeuten die deelnamen aan het onderzoek gaven ook in meerdere gevallen aan dat ze niet zoveel waarde hechten aan DSM-diagnoses, maar meer focussen op wat elke individuele cliënt nodig heeft. Daarnaast bleek dat 65,5% van de therapeuten opgeleid is in Motiverende Gespreksvoering en zich wellicht al bewust is van hoe ze moeten omgaan met weerstand en dat toepassen in hun benadering van jongeren, ongeacht de diagnose die de jongere heeft.

Een andere mogelijkheid is dat therapeuten in de praktijk wel verschillend reageren op weerstand bij verschillende jongeren, maar dat dit een effect is van verschillend gedrag van

verschillende jongeren in plaats van puur hun DSM-diagnoses. Dat effect zou dan dus pas zichtbaar worden in langere interacties. De onderzoeksmethode van het huidige onderzoek kan daar geen inzicht in geven, aangezien er sprake is van een momentopname, waarbij therapeuten reageerden op twee videofragmenten. Therapeuten beoordeelden de mate van weerstand van de jongeren in beide videofragmenten gelijk, terwijl gedrag van jongeren in de praktijk wel verschillend kan zijn tussen jongeren met bijvoorbeeld externaliserende en internaliserende problematiek. Wellicht dat reacties van therapeuten dus niet puur door de DSM-diagnoses van jongeren beïnvloed worden, zoals in de huidige studie onderzocht is, maar wel door het verschillende gedrag dat jongeren met verschillende DSM-diagnoses kunnen tonen in langere interacties. Bij ouder-kind onderzoek worden directieve reacties ook vaak gevonden binnen een coërcieve interactiecyclus tussen ouders en kinderen, waarbij het opstandige gedrag van het kind en een directieve reactie van de ouders elkaar over de tijd in stand houden of versterken (Patterson, 2002, Verhoeven et al., 2010). Mogelijk ontstaat er ook een dynamiek tussen therapeuten en jongeren, waarbij de weerstand van de jongere en het gedrag van de therapeut elkaar in stand houden of zelfs versterken (Smale, 2019; Westra & Norouzian, 2018). Vervolgonderzoek zou naar het gedrag van therapeuten in langere interacties met jongeren uit verschillende doelgroepen kunnen kijken, door het huidige onderzoek opnieuw uit te voeren, maar dan gebruik te maken van bijvoorbeeld rollenspellen of Virtual Reality. Dan kan onderzocht worden of therapeuten wellicht wel anders reageren op weerstand door verschillend gedrag dat jongeren met verschillende DSM-diagnoses tonen, in plaats van puur door de DSM-diagnose zelf.

De huidige studie is een van de eerste studies naar hoe therapeuten reageren op weerstand van jongeren, waarbij de reacties van therapeuten worden opgenomen en gecodeerd in plaats gebruik te maken van bijvoorbeeld vragenlijsten over hoe ze zouden reageren. Daarmee is inzicht verkregen in verschillende reacties die therapeuten kunnen

geven wanneer jongeren weerstand tonen. Een andere kracht van het onderzoek is dat het een goed uitgevoerd experiment is. De volgorde waarin de diagnoses aan de videofragmenten werden gekoppeld, was willekeurig verdeeld over de deelnemers en de volgorde waarin de videofragmenten werden getoond was gecounterbalanced. Hierdoor kon verzekerd worden dat verschillen in reacties door de DSM-diagnoses ODD en SAD zouden komen en niet door de volgorde of inhoud van de videofragmenten. Therapeuten bleken de mate van weerstand in beide videofragmenten ook gelijk te beoordelen, wat aantoont dat puur het effect van de DSM-diagnoses van de jongeren op de reacties van therapeuten is onderzocht.

Met het huidige onderzoek is meer inzicht verkregen in hoe autonomie-ondersteunend of directief therapeuten reageren op weerstand van jongeren, maar nog niet welke benaderingen daadwerkelijk effectiever zijn in het verminderen van weerstand bij jongeren. Vanuit Motivational Interviewing en toepassingen van de Zelfdeterminatietheorie wordt geredeneerd dat een autonomie-ondersteunende reactie de beste manier is om weerstand te verminderen en dat een directieve benadering averechts kan werken (Moyers & Rollnick, 2002; Sommers-Flanagan et al., 2011; Westra & Norouzian, 2018). Het is echter ook mogelijk dat jongeren met verschillende diagnoses verschillende benaderingen nodig hebben wanneer ze weerstand tonen. Wellicht hebben jongeren met ODD toch behoefte aan een meer directieve benadering, waarbij ze duidelijke regels en grenzen krijgen. Een andere mogelijkheid is dat een combinatie van beide benaderingen het beste is. Dan kan de therapeut op een autonomie-ondersteunende manier afspraken maken met de jongere over de invulling van de therapie sessies en vervolgens op een meer directieve manier de jongere wijzen op de gemaakte afspraken. Om te onderzoeken wat de beste benadering is, zou vervolgonderzoek kunnen voortbouwen op het huidige onderzoek, door de opnames van reacties van therapeuten aan jongeren met verschillende diagnoses voor te leggen. Die jongeren kunnen dan aangeven hoe zij de reacties waarderen en welke benadering effectiever is in het omgaan

met weerstand. Met dergelijk onderzoek kan een volgende stap worden gezet in het verminderen van weerstand bij jongeren in therapie.

Concluderend is met de huidige studie meer inzicht verkregen in het handelen van therapeuten, waarbij bleek dat therapeuten even vaak autonomie-ondersteunend als directief reageren wanneer jongeren weerstand tonen. Daarnaast bleek hun reactie niet beïnvloed te worden door de DSM-diagnose van de jongere. Inzicht in hoe therapeuten omgaan met weerstand is belangrijk om het probleem van weerstand die jongeren tonen in therapie te begrijpen en op te lossen. Aangezien weerstand in therapie een negatieve invloed heeft op de effectiviteit van behandelingen (De Haan et al., 2013; Barrett et al., 2008), zal dit inzicht hopelijk een bijdrage leveren in het vergroten van die effectiviteit, om zo jongeren met psychische problemen beter te kunnen helpen.

Referenties

Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008).

Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *45*, 247-267. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247

Brunk, M. A., & Henggeler, S. W. (1984). Child influences on adult controls: An

experimental investigation. *Developmental Psychology*, *20*, 1074-1081. doi: 10.1037/00121649.20.6.1074

Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing

in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, *554*, 441-450. doi: 10.1038/nature25770

Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V., & Bhutta, Z. A.

(2016). Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, *59*, 49-60. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.020

De Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-

analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, *33*, 698-711. doi: 10.1016/j.cpr.2013.04.005

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics (4^e ed.)*. London, England:

SAGE Publications Ltd.

Gambrill, E. (2006). *Critical thinking in clinical practice: Improving the quality of judgments*

and decisions. Hoboken: John Wiley & Sons.

Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic

relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 439-443. doi: 10.1037//0022-006X.70.2.439

- Gibson, K., & Cartwright, C. (2013). Agency in young clients' narratives of counseling: "It's whatever you want to make of it". *Journal of Counseling Psychology, 60*, 340-352. doi: 10.1037/a0033110
- Gibson, K., Cartwright, C., Kerrisk, K., Campbell, J., & Seymour, F. (2016). What young people want: A qualitative study of adolescents' priorities for engagement across psychological services. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 1057-1065. doi: 10.1007/s10826-015-0292-6
- Hanna, F. J., Hanna, C. A., & Keys, S. G. (1999). Fifty strategies for counseling defiant, aggressive adolescents: Reaching, accepting, and relating. *Journal of Counseling & Development, 77*, 395-404. doi: 10.1002/j.1556-6676.1999.tb02465.x
- Lavik, K. O., Veseth, M., Frøysa, H., Binder, P. E., & Moltu, C. (2018). 'Nobody else can lead your life': What adolescents need from psychotherapists in change processes. *Counselling and Psychotherapy Research, 18*, 262-273. doi: 10.1002/capr.12166
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 377-394. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00017-0
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Ernst, D., & Amrhein, P. (2008). *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC)*. The University of New Mexico: Center on Alcoholism.
- Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 185-193. doi: 10.1002/jclp.1142

- Naar-King, S. (2011). Motivational interviewing in adolescent treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*, 651-657. doi: 10.1177/070674371105601103
- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., & Gabrieli, J. D. (2002). Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience, 14*, 1215-1229. doi: 10.4324/9780203496190
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington: American Psychological Association.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*, 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381
- Resnicow, K., & McMaster, F. (2012). Motivational Interviewing: moving from why to how with autonomy support. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*, 19-27. doi: 10.1186/1479-5868-9-19
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 49*, 186-193. doi: 10.1037/a0012753
- Schulz, S., Leijten, P., Shaw, D. S., & Overbeek, G. (2019). Parental reactivity to disruptive behavior in toddlerhood: an experimental study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*, 779-790. doi: 10.1007/s10802-018-0489-4
- Shachner, S. E., & Farber, B. A. (1997). Effect of diagnosis on countertransferential responses to child psychotherapy patients. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 377-384. doi: 10.1207/s15374424jccp2604_6

- Smale, G. G. (2019). *Prophecy, behaviour and change: An examination of self-fulfilling prophecies in helping relationships*. London: Routledge.
- Sommers-Flanagan, J., Richardson, B. G., & Sommers-Flanagan, R. (2011). A multi-theoretical, evidence-based approach for understanding and managing adolescent resistance to psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 41*, 69-80. doi: 10.1007/s10879-010-9164-y
- Urmanche, A. A., Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Eubanks, C. F., & Muran, J. C. (2019). Ambivalence, resistance, and alliance ruptures in psychotherapy: It's complicated. *Psychoanalytic Psychology, 36*, 139-147. doi: 10.1037/pap0000237
- Van Petegem, S., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Beyers, W., & Aelterman, N. (2015). Examining the longitudinal association between oppositional defiance and autonomy in adolescence. *Developmental Psychology, 51*, 67-74. doi: 10.1037/a0038374
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 63-82. doi: 10.1348/014466505X34192
- Verhoeven, M., Junger, M., Van Aken, C., Deković, M., & Van Aken, M. A. (2010). Parenting and children's externalizing behavior: Bidirectionality during toddlerhood. *Journal of Applied Developmental Psychology, 31*, 93-105. doi: 10.1016/j.appdev.2009.09.002
- Westra, H. A., & Norouzian, N. (2018). Using motivational interviewing to manage process markers of ambivalence and resistance in cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research, 42*, 193-203. doi: 10.1007/s10608-017-9857-6
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2012). Brief report: Need for autonomy and other perceived barriers relating to adolescents' intentions to seek professional mental health care. *Journal of Adolescence, 35*, 233-237. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.06.011