

**De relatie tussen comorbiditeit en de behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen
gemodereerd door ouderbetrokkenheid**

Master's thesis

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

J.M.J Kellenaers (2174731)

Dr. G.E. de Pauw-Telman

Dr. D.H.M. Bodden

23 mei 2022

UU-SER: 21-2294

Abstract

Anxiety disorders are among the most common disorders in children and adolescents. Children with an anxiety disorder who also have comorbid disorders are less likely to experience change in anxiety symptoms after treatment. It is important to look for factors that increase treatment outcome when comorbidity is present. One possible protective factor is parental involvement in treatment. Research on the influence of parental involvement on the treatment outcome of anxiety disorders in children with comorbid disorders is limited. Therefore, the aim of this study is to investigate the influence of comorbidity on treatment outcome of anxiety disorders in children and whether this relationship is moderated by parental involvement. Data were collected from a sample of 56 participants aged 7-17 years at the start of the treatment. They were treated for their anxiety disorder with the CBT method Thinking + Doing = Daring. During the study, the participants and their parents were asked to complete the questionnaires SCID-junior and SCARED-71 to measure comorbidity, anxiety symptoms and treatment outcome. The therapists reported weekly about the parental involvement during the session. An ANCOVA-analysis was performed to analyse the data. Results showed no association between comorbidity and treatment outcome and no moderation effect was found. This study provides information on how comorbidity and parental involvement are related to treatment outcome, as well as recommendations for further research.

Keywords: anxiety disorders, children, comorbidity, parental involvement, moderation

Samenvatting

Angststoornissen behoren tot de meest voorkomende stoornissen bij kinderen en adolescenten. Kinderen met een angststoornis waarbij ook sprake is van comorbiditeit hebben minder kans om vermindering van angstsymptomen te ervaren na behandeling. Om die reden is het belangrijk om te zoeken naar factoren die de behandeluitkomst verhogen wanneer er sprake is van comorbiditeit. Een mogelijk protectieve factor is ouderbetrokkenheid bij de behandeling. Onderzoek naar de invloed van ouderbetrokkenheid op de behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen met comorbide stoornissen is beperkt. Het doel van deze studie is om de invloed van comorbiditeit op de behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen te onderzoeken. Daarnaast wordt onderzocht of dit verband wordt gemodereerd door ouderbetrokkenheid. Gegevens zijn verzameld middels een steekproef van 56 participanten in de leeftijd van 7-17 jaar bij aanvang van de behandeling. Zij zijn behandeld voor hun angststoornis met de CGT-methode “Denken + Doen = Durven”. Tijdens het onderzoek zijn de participanten en hun ouders gevraagd de vragenlijsten SCID-junior en SCARED-71 in te vullen om comorbiditeit, angstsymptomen en het resultaat van de behandeling te meten. De therapeuten hebben wekelijks de betrokkenheid van ouders tijdens de behandelsessie gerapporteerd. Een ANCOVA-analyse is uitgevoerd om de gegevens te analyseren. De resultaten tonen geen significant verband tussen comorbiditeit en behandeluitkomst en dit verband wordt niet gemodereerd door ouderbetrokkenheid. Dit onderzoek geeft informatie over de manier waarop comorbiditeit en ouderbetrokkenheid samenhangen met de behandeluitkomst, evenals aanbevelingen voor verder onderzoek.

Sleutelwoorden: angststoornissen, kinderen, comorbiditeit, ouderbetrokkenheid, moderatie

Inleiding

Angststoornissen behoren tot de meest voorkomende stoornissen bij kinderen (Beesdo et al., 2009; Bittner et al., 2007; Copeland et al., 2009). Een angststoornis wordt gekenmerkt door overmatige angst en bezorgdheid die belemmerend zijn in het dagelijks functioneren (American Psychiatric Association, 2013). In de DSM-5 worden elf angststoornissen gespecificeerd: verlatingsangst, selectief mutisme, specifieke fobie, sociale angststoornis, paniekstoornis, agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis, angststoornis door middel/medicatie, angststoornis door somatische aandoening, andere gespecificeerde angststoornis en ongespecificeerde angststoornis (American Psychiatric Association, 2013). Verlatingsangst is de meest voorkomende angststoornis bij kinderen (Herren et al., 2013). Het risico op de ontwikkeling van angststoornissen is groter bij kinderen dan bij volwassenen en deze kunnen steeds ernstiger of zelfs chronisch worden (Beesdo et al., 2009).

Kinderen met een angststoornis waarbij sprake is van comorbiditeit hebben minder kans op vermindering van angst na behandeling (Liber et al., 2010). Daarnaast hebben families van kinderen met een angststoornis gemiddeld twintig keer hogere kosten, vanwege de behoefte aan medicatie en psychologische zorg (Bodden et al., 2008). Dit benadrukt het belang van de behandeling van angststoornissen bij kinderen waarbij ook sprake is van comorbide (angst)stoornissen. Het is noodzakelijk om op zoek te gaan naar modererende factoren die de behandeluitkomst verhogen wanneer er sprake is van comorbiditeit. Een mogelijke modererende factor is ouderbetrokkenheid. In meerdere onderzoeken is namelijk gebleken dat ouderbetrokkenheid een positieve invloed heeft op de behandeling van angststoornissen met cognitieve gedragstherapie (Pereira et al., 2016; Walczak et al., 2017). Huidig onderzoek richt zich op de invloed van comorbide (angst)stoornissen op de behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen gemodereerd door ouderbetrokkenheid.

Behandeling en comorbiditeit

Een bewezen effectieve manier om angststoornissen bij kinderen te behandelen is cognitieve gedragstherapie (Bodden et al., 2008; Crowe & McKay, 2017). Van de kinderen die deelgenomen hebben aan CGT met hun familie, is 53% tijdens de follow-up na een jaar vrij van angstklachten. Bij individuele CGT is het slagingspercentage zelfs 68% na een jaar (Bodden et al., 2008). In een ander onderzoek komt een gemiddelde effect size naar voren van $d = 0.76$

wanneer de uitkomsten van CGT vergeleken worden met de controlegroep zonder behandeling (Crowe & McKay, 2017). Toch is cognitieve gedragstherapie in een derde van de gevallen niet effectief (Albano et al., 2013). Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op de behandeling. Een mogelijk factor die van invloed is, is de aanwezigheid van comorbiditeit.

Er is sprake van comorbiditeit wanneer een kind naast de angststoornis ook nog andere (angst)stoornissen heeft. In meerdere onderzoeken is aangetoond dat meer dan de helft van de kinderen met een angststoornis ook een andere (angst)stoornis heeft (Franz et al., 2013; Leyfer et al., 2013). Bij 63% van de kinderen met meerdere diagnoses is er, naast de hoofddiagnose, sprake van nog een angststoornis. In deze studies bleek dat de drie meest voorkomende comorbide angststoornissen een sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en specifieke fobie zijn (Franz et al., 2013; Leyfer et al., 2013). Naast een comorbide angststoornis kan er ook sprake zijn van een comorbide niet-angststoornis. In eerder onderzoek waren de meest voorkomende comorbide niet-angststoornissen: gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen en neuropsychologische ontwikkelingsstoornissen (Liber et al., 2010; Mohammadia et al., 2020).

Wanneer een angststoornis gepaard gaat met een andere (angst)stoornis is het beroep op de gezondheidszorg hoger en de behandeltrouw lager (Ezpeleta et al., 2006). Participanten waarbij sprake is van comorbiditeit ervaren namelijk specifieke, functionele beperkingen op school, thuis en binnen relaties, die meer tijd en aandacht vragen in de behandeling dan de problemen van een participant zonder comorbiditeit (Ezpeleta et al., 2006). Tevens hebben comorbide (angst)stoornissen een negatieve invloed op de uitkomst van de behandeling en verlagen ze de kans op herstel (Liber et al., 2010). Empirisch onderzoek toont aan dat de behandeling van een angststoornis in combinatie met bijvoorbeeld een depressie langer duurt dan de behandeling van een angststoornis zonder comorbide stoornis (Ezpeleta et al., 2006). Kinderen waarbij sprake is van een comorbide stoornis, anders dan angst, hebben minder profijt van de behandeling van hun angststoornis, omdat de symptomen van de niet-angststoornis niet behandeld worden en daardoor het herstel belemmeren (Liber et al., 2010). Onderzoekers bevelen professionals aan om bij deze kinderen de behandeling van de angststoornis te combineren met de behandeling van de comorbide niet-angststoornis.

Vroege signalering van de angststoornis en aandacht voor comorbiditeit zijn belangrijk om de angststoornis onder controle te krijgen en gevolgen hiervan op latere leeftijd te voorkomen (Beesdo et al., 2009). Het is relevant om te onderzoeken welke factoren een beschermende rol

spelen bij de behandeling van kinderen met een angststoornis en comorbide stoornissen, omdat dit een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verhogen van de behandeltrouw en de behandeluitkomst (Pereira et al., 2016).

Ouderbetrokkenheid

Een mogelijke beschermende factor voor een positieve behandeluitkomst van kinderen met een angststoornis en comorbide (angst)stoornis is ouderbetrokkenheid. Ouders kunnen op twee manieren betrokken worden bij de behandeling. De eerste manier is aanwezig zijn tijdens de therapie sessies (Kendall et al., 2011). Dit voorspelt een vermindering van symptomen van angst bij kinderen na behandeling met cognitieve gedragstherapie (Pereira et al., 2016). Over het algemeen zijn moeders vaker aanwezig tijdens de behandelsessie dan vaders (Pereira et al., 2016; Podell & Kendall, 2010). Het is van belang voor het kind dat ook hun vader bij de behandeling betrokken wordt, omdat er een positief verband gevonden is tussen de betrokkenheid van vaders en de behandeluitkomst van het kind (Podell & Kendall, 2010).

Buiten de therapie sessies met het kind aan de slag gaan met de aangeleerde vaardigheden en de bijbehorende huiswerk opdrachten, is een tweede manier van ouderbetrokkenheid (Kendall et al., 2011; Pereira et al., 2016). Kinderen zijn grotendeels afhankelijk van hun ouders voor het thuis oefenen van de vaardigheden uit de sessies (Kendall et al., 2011). Onderzoek toont aan dat het overdragen van kennis en vaardigheden van de therapeut via de ouders naar het kind een voorspeller is voor het verminderen van symptomen van angst (Walczak et al., 2017). Ouders zijn in dit onderzoek niet aanwezig geweest tijdens de kindsessies, maar hebben deelgenomen aan oudersessies. In de groep met ouderbetrokkenheid heeft slechts 3.6% van de kinderen een terugval gehad en bij 11% zijn de symptomen van angst nog verminderd tussen de follow-ups van zes maanden en drie jaar. De groep waarin ouders matig tot niet betrokken waren, laat zien dat 15.6% een terugval heeft gehad en dat bij niemand de symptomen van angst na de follow-up van zes maanden nog verminderd zijn (Walczak et al., 2017). Bovenstaande onderzoeken laten zien dat ouderbetrokkenheid zowel tijdens als ook buiten de behandelsessie invloed heeft op het verhogen van de behandeluitkomst (Kendall et al., 2011; Pereira et al., 2016; Walczak et al., 2017).

Huidig onderzoek

Eerder onderzoek naar de invloed van ouderbetrokkenheid op de behandeling van angststoornissen bij kinderen heeft veelal het effect vergeleken tussen gezinsgerichte-CGT en

individuele behandelingen zonder ouderbetrokkenheid (Pereira et al., 2016). Onderzoek naar de invloed van ouderbetrokkenheid op de individuele behandeling is daarentegen schaars (Barrett et al., 1996; Bodden, 2006). Daarbij is, zover bij de auteurs bekend, onderzoek naar de invloed van ouderbetrokkenheid op de behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen, waarbij sprake is van comorbiditeit, zeer beperkt. Het belang van ouderbetrokkenheid is wel aangetoond bij de individuele behandeling van autismespectrumstoornissen (Campbell & Kozloff, 2007; McConachie & Diggle, 2007) en bij het verbeteren van internaliserende symptomen van comorbide stoornissen naast ADHD (Corcoran & Dattalo, 2006). Het is dus aannemelijk dat ouderbetrokkenheid als buffer fungeert voor een betere behandeluitkomst. Dit geldt mogelijk ook voor de individuele behandeling van angststoornissen, met name wanneer er sprake is van comorbide stoornissen waarbij het belang van ouderbetrokkenheid al is aangetoond.

De onderzoeksvraag die centraal staat is: “Wat is de invloed van comorbiditeit op de behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen en wordt deze relatie gemodereerd door ouderbetrokkenheid?” Het onderzoek is vernieuwend, omdat de invloed van ouderbetrokkenheid nog niet eerder in verband is gebracht met de individuele behandeling van angststoornissen bij kinderen waarbij sprake is van comorbiditeit. De verwachting is dat ouderbetrokkenheid fungeert als buffer voor een positieve behandeluitkomst (Pereira et al., 2016; Walczak et al., 2017), ondanks de aanwezigheid van comorbide stoornissen die een voorspeller zijn voor een negatieve behandeluitkomst (Ezpeleta et al., 2006), omdat uit eerder onderzoek naar de behandeling van internaliserende symptomen gebleken is dat ouderbetrokkenheid een voorspeller is voor een positieve behandeluitkomst (Campbell & Kozloff, 2007; Corcoran & Dattalo, 2006; McConachie & Diggle, 2007).

Methode

Participanten

De oorspronkelijke onderzoeksgroep bestond uit 116 kinderen (Telman, 2020). Voor de steekproef in dit onderzoek is in de data geselecteerd op ouderbetrokkenheid, comorbiditeit (SCID-junior) en tenslotte op de behandeluitkomst middels T1 en T4 van de SCARED-71. Participanten met ontbrekende data zijn verwijderd. De steekproef bestaat uit 56 participanten, waarvan 28 jongens (50%), met een leeftijd tussen 7 en 17 jaar oud ($M = 10.98$, $SD = 2.56$). Van deze kinderen hebben 47 moeders en 34 vaders deelgenomen. De moeders hebben een

gemiddelde leeftijd van 43.43 jaar ($SD = 4.76$) en de vaders van 47 jaar ($SD = 6.34$).

De kinderen en ouders zijn voor aanvang van het onderzoek gevraagd om de SCID-junior (Wante et al., 2020) in te vullen om te controleren of er sprake is van een angststoornis en comorbiditeit volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Bij alle kinderen is er sprake van één of meerdere angststoornissen ($M = 2.39$, $SD = 1.25$). Bij 46 van de 56 kinderen is er sprake van comorbiditeit. De meest voorkomende angststoornissen zijn specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie. De verdeling van de angst- en comorbide stoornissen binnen de steekproef zijn terug te vinden in Tabel 1.

Tabel 1

Overzicht van de Aanwezige Angststoornissen en Comorbide Stoornissen Gebaseerd op de SCID-junior

	$N = 56$	%
Angststoornissen		
Specifieke fobie	41	73.2
Gegeneraliseerde angststoornis	39	69.6
Sociale fobie	29	51.8
Scheidingsangst	17	30.4
Paniekstoornis	4	7.1
Ziekteangststoornis	2	3.6
Agorafobie	1	1.8
Selectief Mutisme	1	1.8
Comorbide stoornissen (geen angst)		
ADHD	19	33.9
Slaapstoornis (insomnia)	18	32.1
Stemmingsstoornis (depressie, dysthymie)	7	12.5
Dwangstoornis	6	10.7
Autismespectrumstoornis	3	5.4
Opstandige gedragsstoornis	2	3.6
PTSS	1	1.8
Gilles de la Tourette	1	1.8
Disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis	1	1.8

Noot. Wanneer er sprake is van meerdere specifieke fobieën zijn deze geteld als meerdere angststoornissen.

Meetinstrumenten

SCID-junior. De SCID-junior (Structured Clinical Interview for DSM-5 Childhood

Disorders) is een semi-gestructureerd interview met een duur van 90-120 minuten (Wante et al., 2020). Het interview is afgenomen bij kinderen en hun ouders. Het interview heeft als doel om DSM-5 stoornissen betrouwbaar te diagnosticeren bij kinderen (Wante et al., 2020). De interviewer heeft de antwoorden op een vier-punts Likertschaal gescoord: te weinig informatie verkregen (= 0), het criterium is afwezig/onjuist (= 1), het criterium is twijfelachtig (= 2) of het criterium is aanwezig/juist (= 3) (Wante et al., 2020). De SCID-junior is nog niet beoordeeld op betrouwbaarheid, maar de Kid-SCID waar deze op gebaseerd is, heeft een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en interne consistentie van symptomen (Roelofs et al., 2015; Timbremon et al., 2004). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is hoog in dit onderzoek ($\kappa = .82$ voor kinderen; $\kappa = .72$ voor ouders). De resultaten van de SCID-junior zijn in dit onderzoek meegenomen om te bepalen wat de hoofddiagnose van de participant is en of er sprake is van comorbiditeit.

SCARED-71. De SCARED-71 (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) betreft een zelfrapportage die angststoornissen bij kinderen tussen de 8-18 jaar oud in kaart brengt (Bodden et al., 2009). Door middel van 71 items zijn de symptomen van de volgende DSM-5 angststoornissen gemeten: paniekstoornis, separatieangststoornis, sociale angststoornis, specifieke fobie, PTSS, OCS en gegeneraliseerde angststoornis. Ouders en kinderen hebben op een drie-punts Likertschaal aangegeven hoe vaak symptomen voorkomen (0 = *bijna nooit* tot 2 = *vaak*). De betrouwbaarheid en validiteit van de SCARED-71 zijn beoordeeld als goed (Bodden et al., 2009). De interne consistentie van de SCARED-71 is in dit onderzoek hoog voor alle participanten en meetmomenten ($\alpha > .89$ voor moeders; $\alpha > .92$ voor vaders; $\alpha > .92$ voor kinderen). De totaalscore van de SCARED-71 is in dit onderzoek meegenomen om de behandeluitkomst te beoordelen.

Ouderbetrokkenheid. De betrokkenheid van ouders is gerapporteerd door therapeuten. Zij hebben na iedere sessie een formulier ingevuld waarop zij aangaven welke ouder aanwezig was tijdens de sessie. Deze informatie is gebruikt om de betrokkenheid van ouders te bepalen.

Procedure

Huidig onderzoek betreft een longitudinaal onderzoek en is gebaseerd op data uit het onderzoek van Telman et al. (2020) dat is uitgevoerd aan de Universiteit van Amsterdam en goedgekeurd door de ethische commissie van die universiteit. Huidig onderzoek is uitgevoerd aan de Universiteit Utrecht en is ook goedgekeurd door de ethische commissie van deze

universiteit (UU-SER: 21-2294).

Middels een gelegenheidssteekproef zijn twintig Nederlandse gezondheidszorginstellingen geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoek (Telman et al., 2020). De participanten en ouders die hebben deelgenomen aan het onderzoek voldoe aan drie voorwaarden: er is sprake van een angststoornis, tenminste één ouder wil deelnemen aan het onderzoek en de behandeling voor de angststoornis is geadviseerd door een professional. Er is sprake van *informed consent* (Telman et al., 2020).

In het onderzoek zijn er vier metingen geweest, te weten: voor start behandeling (T1), na vijf sessies (T2), na afronden behandeling (T3) en tien weken na afronden behandeling (T4) (Telman et al., 2020). Op deze vier meetmomenten zijn de SCID-junior en SCARED-71 afgenomen bij de participanten en hun ouders.

De behandelaren hebben allemaal de CGT-methode ‘Denken + Doen = Durven’ uitgevoerd (Bögels, 2008). Van deze methode is aangetoond dat deze effectief is voor het behandelen van angststoornissen (Bodden et al., 2008). De therapeuten die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn modulair te werk gegaan. De enige eis die gesteld is, is dat de psycho-educatie in de eerste sessie moest plaatsvinden en de terugvalpreventie in de laatste sessie (Telman, 2020).

Analyse

De analyse die passend is bij deze onderzoeksvraag en variabelen is een moderatie-analyse die uitgevoerd wordt middels een ANCOVA (Field, 2018). De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de behandeluitkomst en deze is van interval meetniveau. De score op de variabele behandeluitkomst is bepaald door de score op de eindmeting (T4) van de SCARED-71. Een hoge score betekent in dit geval dat er nog veel symptomen van angst aanwezig zijn, wat dus duidt op een lage behandeluitkomst. Er is in de analyse gecorrigeerd op de score van de voormeting (T1) van de SCARED-71, door deze mee te nemen als covariaat in de analyse. De onafhankelijke variabelen zijn comorbiditeit en ouderbetrokkenheid. De laatstgenoemde onafhankelijke variabele is in dit onderzoek de moderator.

De variabele comorbiditeit is dichotoom en bestaat uit drie categorieën. Op basis van de SCID-junior zijn de participanten als volgt ingedeeld: ‘geen comorbiditeit’ (= 0), ‘externaliserende comorbiditeit’ (= 1) en ‘internaliserende comorbiditeit’ (= 2). De volgende stoornissen horen bij de categorie internaliserende comorbiditeit: alle angststoornissen,

autismespectrumstoornis, dysthymie/depressie, insomnia, obsessief-compulsieve dwangstoornis, posttraumatische stressstoornis en disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis. De externaliserende categorie bestaat uit: ADHD, oppositionele-opstandige gedragsstoornis en Gilles de la Tourette (American Psychiatric Association, 2013). Wanneer er naast de angststoornis sprake is van een internaliserende én externaliserende stoornis is de participant ingedeeld in de categorie externaliserende stoornissen. De variabele ouderbetrokkenheid (moderator) is ook dichotoom. Op basis van de sessieformulieren zijn de participanten verdeeld in twee groepen: ‘ouders wel betrokken’ (= 1) of ‘ouders niet betrokken’ (= 0). Participanten zijn in de groep ‘ouders wel betrokken’ gecategoriseerd wanneer één of beide ouders in meer dan 30% van de sessies (deels) aanwezig is geweest. De therapeuten hebben in totaal 567 sessies uitgevoerd en bij 31.4% van de sessies zijn ouders (deels) aanwezig geweest. De inhoud en uitkomsten van deze sessies zijn niet verder onderzocht en worden niet meegenomen in de analyse.

De variabelen comorbiditeit, ouderbetrokkenheid en behandeluitkomst zijn meegenomen in één analyse. Middels een onafhankelijke t-toets en ANOVA is er eerst gecontroleerd of de participanten in de groepen van de variabelen comorbiditeit en betrokkenheid op de voormeting significant verschillen op leeftijd, omdat uit een uitgebreide meta-analyse van 45 studies blijkt dat in 65% van de onderzoeken leeftijd een significant verschil maakt in de behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen (Nilsen et al., 2013).

Om de analyse uit te kunnen voeren, is er voldaan aan zeven assumpties, te weten: een aselechte steekproef, de afhankelijke variabele en covariaat van interval meetniveau, geen uitschieters, homoscedasticiteit, een normale verdeling, multicollineariteit en homogene regressielijnen (Field, 2018).

Resultaten

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er een ANCOVA-analyse uitgevoerd in IBM SPSS Statistics 28 (Field, 2018). Tabel 2 toont de gemiddelde behandeluitkomst op T4 van de SCARED-71 verdeeld over de groepen van de variabele comorbiditeit en ouderbetrokkenheid. De groep ‘ouders niet betrokken’ bestaat uit 28 participanten, waarvan 42.9% jongen. Binnen deze groep zijn drie vaders, tien moeders en bij elf participanten beide ouders betrokken geweest. Bij vier participanten was er niemand betrokken. Ouders zijn bij 0-

25% van de sessies (deels) aanwezig geweest. De groep ‘ouders wel betrokken’ bestaat ook uit 28 participanten, waarvan 57.1% jongen. Deze groep bevat twee vaders, acht moeders en bij achttien participanten zijn beide ouders betrokken geweest. Binnen deze groep is/zijn de ouder(s) bij 33.3-100% van de sessies (deels) aanwezig geweest.

Tabel 2

Gemiddelde Behandeluitkomst van de Groepen Comorbiditeit en Ouderbetrokkenheid

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Geen comorbiditeit	Ouders niet betrokken	14.0	10.3	6
	Ouders betrokken	23.5	14.7	4
	Totaal	17.8	12.5	10
Externaliserende comorbiditeit	Ouders niet betrokken	42.0	20.5	8
	Ouders betrokken	27.0	18.9	10
	Totaal	33.7	20.5	18
Internaliserende comorbiditeit	Ouders niet betrokken	37.9	16.7	14
	Ouders betrokken	39.7	17.4	14
	Totaal	38.8	16.8	28
Totaal	Ouders niet betrokken	34.0	19.5	28
	Ouders betrokken	32.9	18.4	28
	Totaal	33.4	18.8	56

Noot. *N* = aantal participanten. *M* = gemiddelde. *SD* = standaardafwijking.

Voorafgaand aan de analyse is er gecontroleerd op de assumpties die horen bij een ANCOVA. Aan de eerste assumptie van een aselecte steekproef is voldaan. Aan de meetniveaus van de variabelen is ook voldaan. Aan de waardes van mahalanobis, Cook’s distance en gestandaardiseerde residuen is te zien dat er geen sprake is van uitschieters. Homoscedasticiteit is getoetst middels Levene’s Test. Deze is niet significant, dus hieraan is voldaan. Aan de rechte lijn en de goed verdeelde puntenwolk in het histogram is te zien dat er voldaan is aan de normale verdeling. Daarnaast is aan de waardes van VIF en Tolerance te zien dat er geen sprake is van multicollineariteit. In de grafiek voor de groepen van de variabele comorbiditeit is sprake van parallelle regressielijnen. Ook in de grafiek voor de groepen van de variabele ouderbetrokkenheid is dat het geval, dus aan de laatste assumptie van homogene regressielijnen

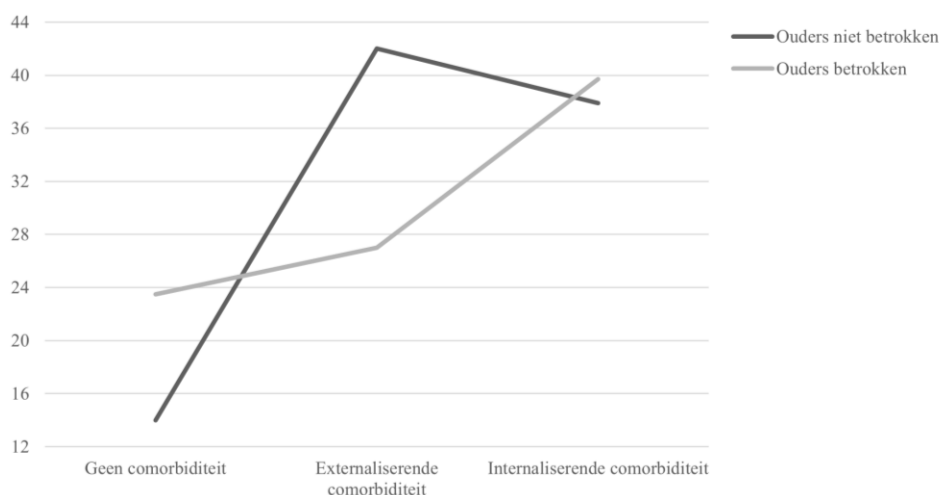
is ook voldaan (Field, 2018).

Tenslotte is er voorafgaand aan de analyse een ANOVA uitgevoerd om voor de groepen van de variabele comorbiditeit te controleren of zij significant verschillen in leeftijd (Field, 2018). Hieruit is gebleken dat de groepen ‘geen comorbiditeit’, ‘internaliserende comorbiditeit’ en ‘externaliserende comorbiditeit’ niet significant verschillen in leeftijd, $R^2 = .044$, $F(2, 53) = 1.22$, $p = .304$). Voor de variabele ouderbetrokkenheid is dit gedaan middels een onafhankelijke t-toets. De leeftijd van de participanten tussen de groepen ‘ouders betrokken’ en ‘ouders niet betrokken’ verschillen wel significant van elkaar, $t(54) = 4.079$, $p < .001$. De gemiddelde leeftijd van de participanten binnen de groep ‘ouders niet betrokken’ ($M = 12.21$, $SD = 2.63$) is hoger dan binnen de groep ‘ouders betrokken’ ($M = 9.75$, $SD = 1.82$).

Na het controleren op de assumpties en verschil in leeftijd is er een ANCOVA-analyse uitgevoerd om te bekijken of comorbiditeit een voorspeller is voor de behandeluitkomst van angststoornissen en of deze relatie gemodereerd wordt door ouderbetrokkenheid. De voormeting op de behandeluitkomst is meegenomen als covariaat, zodat er in de analyse gecorrigeerd wordt op de gemiddelden van de voormeting. Uit de ANCOVA blijkt dat de covariaat significant de scores op de behandeluitkomst voorspelt ($R^2 = .457$, $F(1, 49) = 20.36$, $p < .001$). De leeftijd van de participanten op de voormeting is niet meegenomen als covariaat in de analyse, omdat dit geen invloed heeft op de resultaten. De gemiddelde behandeluitkomst van de groepen voor de variabele comorbiditeit afgezet tegen de groepen van de variabele ouderbetrokkenheid is te zien in Figuur 1.

Figuur 1

Gemiddelde Behandeluitkomst van de Groepen Comorbiditeit en Ouderbetrokkenheid



Uit de analyse blijkt dat het hoofdeffect van comorbiditeit op de behandeluitkomst van angststoornissen niet significant is ($R^2 = .457$, $F(2, 49) = .812$, $p = .450$). Ook het hoofdeffect van ouderbetrokkenheid op de behandeluitkomst van angststoornissen is niet significant ($R^2 = .457$, $F(1, 49) = .123$, $p = .727$). Ten slotte is ook het interactie-effect van comorbiditeit x ouderbetrokkenheid op de behandeluitkomst van angststoornissen niet significant ($R^2 = .457$, $F(2, 49) = .595$, $p = .555$). Dit betekent dat er geen moderatie-effect gevonden is.

Discussie

Het doel van deze studie was het verkrijgen van meer inzicht in de relatie tussen comorbiditeit en de behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen. Er is onderzocht of dit verband gemodereerd wordt door ouderbetrokkenheid bij de behandelsessie. Uit de analyse kan geconcludeerd worden dat comorbiditeit in dit onderzoek niet gerelateerd is aan de behandeluitkomst. Er is geen sprake van moderatie door ouderbetrokkenheid in dit verband. De resultaten van de analyse komen niet overeen met de vooraf opgestelde hypothese. Er werd verwacht dat comorbiditeit zou leiden tot een lagere behandeluitkomst, omdat dit is aangetoond in eerder onderzoek (Ezpeleta et al., 2006; Liber et al., 2010). Ook werd verwacht dat ouderbetrokkenheid fungeert als buffer en zou leiden tot een hogere behandeluitkomst, ondanks de aanwezigheid van comorbiditeit, omdat dit een positieve voorspeller gebleken is bij de behandeling van andere internaliserende stoornissen, zoals een autismespectrumstoornis (Campbell & Kozloff, 2007; McConachie & Diggle, 2007).

Er zijn twee mogelijke, inhoudelijke verklaringen voor het niet vinden van dit effect, welke hieronder benoemd worden. Ten eerste zijn de participanten in dit onderzoek alleen behandeld voor hun primaire angststoornis. Zij hebben gedurende het onderzoek geen behandeling gekregen voor hun comorbide (angst)stoornissen. Uit onderzoek blijkt dat het niet behandelen van de comorbide (angst)stoornis het herstel kan belemmeren, omdat de bijbehorende symptomen dan aanwezig blijven (Liber et al., 2010). Het is mogelijk dat het gebrek aan een transdiagnostisch perspectief in de behandeling van de angststoornis heeft geleid tot het uitblijven van een effect van de behandeluitkomst van angststoornissen (Barlow et al., 2011).

Ten tweede zijn de participanten verdeeld over drie groepen wat betreft comorbiditeit. In de resultaten is terug te zien dat er binnen de groep 'externaliserende comorbiditeit' verschillen

lijken te zijn in behandeluitkomst, waarbij de behandeluitkomst beter lijkt te zijn als ouders betrokken zijn. Binnen de groep ‘internaliserende comorbiditeit’ zijn deze verschillen veel kleiner en binnen de groep ‘geen comorbiditeit’ lijkt ouderbetrokkenheid zelfs van negatieve invloed te zijn. In het onderzoek is geen effect gevonden van comorbiditeit of betrokkenheid, ook al lijkt dit vanuit de data. Het is mogelijk dat het onderscheid in type comorbiditeit van invloed is geweest op het uitblijven van een effect. Uit onderzoek blijkt namelijk dat een comorbide stoornis anders dan angst het herstel belemmert (Liber et al., 2010). Het is aannemelijk dat dit hoofdzakelijk geldt voor stoornissen met externaliserende symptomen, omdat de symptomen van een internaliserende stoornis vergelijkbaar zijn met die van een angststoornis.

Dit onderzoek betreft een klinische studie, waarbij er geen onderscheid is gemaakt tussen participanten en de instellingen die de zorg geleverd hebben. Daarbij zijn therapeuten modulair te werk gegaan op basis van het protocol ‘Denken + Doen = Durven’. Dit sluit aan bij de werkwijze van therapeuten in de dagelijkse praktijk en is een sterkte van dit onderzoek. Daarnaast is het mogelijk dat therapeuten door de modulaire werkwijze meer konden aansluiten bij wat hun cliënt nodig had (Weisz et al., 2012). Het onderzoek is dus zeer representatief voor de klinische praktijk. Dit draagt bij aan de externe validiteit van het onderzoek.

Limitaties en aanbevelingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste is er sprake van een kleine steekproef ($N = 56$). De groep ‘geen comorbiditeit’ bestaat uit slechts tien participanten. De power voor de interactie in dit onderzoek is hierdoor extreem laag ($0.05, \alpha = 0.05$). De conclusie van dit onderzoek moet zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat de kans op een Type-II fout, het onterecht aannemen van de nulhypothese, extreem groot is (Button et al., 2013; Field, 2018). Het is mogelijk dat het effect van comorbiditeit op de behandeluitkomst van angststoornissen gemodereerd door ouderbetrokkenheid door een te lage power niet gedetecteerd is. Dit verlaagt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (Button et al., 2013). De power voor het directe effect is daarentegen wel voldoende om te mogen interpreteren ($0.85, \alpha = 0.05$) (Field, 2018).

Een tweede beperking is dat de variabele ouderbetrokkenheid geoperationaliseerd is als de aanwezigheid van ouders tijdens de behandelsessies. Hierbij is er geen onderscheid gemaakt in het aantal minuten dat ouders aanwezig zijn geweest tijdens de sessie en wat hun rol hierin was. Informatie over de rol van ouders buiten de therapieessie ontbreekt, terwijl het overdragen

van informatie via ouders naar het kind een voorspeller is voor een betere behandeluitkomst (Walczak et al., 2017). Er is gebleken dat het uitvoeren van ‘exposure’ oefeningen en het maken van huiswerkopdrachten gerelateerd zijn aan een betere behandeluitkomst. Huidig onderzoek is klinisch relevant, maar door het ontbreken van informatie over een belangrijk onderdeel van ouderbetrokkenheid is het lastig om conclusies te trekken. Bovendien is de betrokkenheid van ouders niet gecontroleerd in het onderzoek: het is daarom niet duidelijk of ouders (extra) betrokken zijn geweest bij cliënten waar dit nodig was vanwege hun leeftijd of ernst van problemen. Dit is aannemelijk, omdat de kinderen in de groep ‘ouders wel betrokken’ jonger zijn ($M = 9.8$, $SD = 1.8$) dan in de groep ‘ouders niet betrokken’ ($M = 12.2$, $SD = 2.6$). Het ontbreken van een gerandomiseerde steekproef heeft invloed op de interne validiteit van het onderzoek, omdat andere factoren die invloed hebben op het verband tussen comorbiditeit en behandeluitkomst gemodereerd door ouderbetrokkenheid mogelijk niet uitgesloten zijn (Field, 2018).

Vervolgonderzoek naar de invloed van comorbiditeit en ouderbetrokkenheid op de behandeling van angststoornissen is belangrijk. Op basis van de limitaties van dit onderzoek zijn hiervoor vier aanbevelingen. De eerste aanbeveling is om het onderzoek alleen te richten op de invloed van externaliserende comorbiditeit, omdat verschillen binnen de groep internaliserende en geen comorbiditeit in dit onderzoek erg klein lijken te zijn. Het is mogelijk dat dit meer inzicht geeft in het verband tussen comorbiditeit en de behandeluitkomst in de klinische praktijk. Ten tweede is het belangrijk om naast de betrokkenheid van ouders tijdens de sessie ook de rol van ouders buiten de sessie te onderzoeken, omdat uit onderzoek blijkt dat ouders op deze manier ook invloed uitoefenen op de behandeluitkomst (Kendall et al., 2011; Walczak et al., 2017). De derde aanbeveling is om te onderzoeken wat het effect van comorbiditeit en ouderbetrokkenheid is op de behandeluitkomst wanneer de angststoornis behandeld wordt vanuit een transdiagnostisch perspectief, omdat onderzoekers aanraden de behandeling van de angststoornis te combineren met de behandeling van de comorbide niet-angststoornis (Barlow et al., 2011; Liber et al., 2010). Tenslotte is het aan te bevelen om bij herhaling van dit onderzoek de steekproef te vergroten en bovenstaande aanbevelingen hierin te verwerken, zodat de statistische power van het onderzoek verbetert en daarmee de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden verhoogd (Field, 2018). Kortom, dit onderzoek biedt inzicht in en

aanbevelingen voor onderzoek naar voorspellers van een positieve behandeluitkomst van angststoornissen bij kinderen waarbij sprake is van comorbiditeit.

Referenties

- Albano, A., Rynn, M. A., Walkup, J. T., Sherill, J. T., Ginsburg, G. S., Keeton, C. P., Birmaher, B., & Piacentini, J. C. (2013). Therapist factors and outcomes in CBT for anxiety in youth. *Professional Psychology Research and Practice, 44*(2), 89-98.
<https://doi.org/10.1037/a.0031700>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for of Mental Disorders – fifth edition*. American Psychiatric Publishing
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press
- Barrett, E. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.64.2.333>
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 32*(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, J. E., Foley D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Child Psychology and Psychiatry, 48*, 1174-1183.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x>

- Bodden, D. H. M. (2006). Individual versus family cognitive behavioural therapy in children with anxiety disorders. A clinical and economic evaluation. *Datawyse / Universitaire Pers Maastricht*. <https://doi.org/10.26481/dis.20070216db>
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy*, 47, 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.015>
- Bodden, D. H. M., Dirksen, C. D., Bögels, S. M., Appelboom, C., Appelboom-Geerts, K. C. M. M. J., Brinkman, A. G., & Nauta, M. H. (2008). Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 543–564. <https://doi.org/10.1177/1359104508090602>
- Bögels, S. M. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met het cognitief gedragstherapeutisch protocol Denken + Doen = Durven*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Campbell, M., & Kozloff, M. (2007). Comprehensive programs for families of children with autism. In J. M. Briesmeister, & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook in parent training*. Wiley.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives General Psychiatry*, 66, 764-772. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- Corcoran, J., & Dattalo, P. (2006). Parent involvement in treatment for ADHD:

- a meta-analysis of the published studies. *Research on Social Work Practice*, 16(6), 561-570. <https://doi.org/10.1177/1049731506289127>
- Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 76-87.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.001>
- Ezpeleta, L., Domenech, J. M., & Angol, A. (2006). A comparison of pure and comorbid CD/ODD and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 704-712.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01558.x>
- Field, A., & Cartwright-Hatton, S. (2008). Shared and unique cognitive factors in social anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 206-222.
<https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.206>
- Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, E. J., Towse-Goodman, N., & Egger, H. (2013). Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12).
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.008>
- Herren, C., In-Albon, T., & Schneider, S. (2013). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 53-60.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.005>
- Kendall, P. C. (2011). *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. The Guilford Press.

Leyfer, O., Gallo, K. P., Cooper-Vince, C., & Pincus, D. B. (2013). Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 306-3011.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.010>

Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, A. J., Goedhart, A. W., Utens, E. M., & Treffers, P. D. (2010). The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 683-694. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9394-1>

McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 120–129. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00674.x>

Mohammadia, M. R., Ahmadib, N., Yazdic, F. R., Khaleghia, A., Mostafavia, S. A., Hooshyaria, Z., Molavid, P., Sarrafe, N., Hojjatf, S. K., Mohammadzadehg, S., Amirih, S., Armani, S., Ghanizadehj, A., Ahmadipourk, A., Ostovar, R., Nazarim, H., Hosseinin, S. H., Golbono, A., Derakhshanpour, F., ... Mehrparvar, A. H. (2020). Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders among children and adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102059>

Nilsen, T. S., Eisemann, M., & Kvernmo, S. (2013) Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: a systematic review of psychological treatment studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 69–87.

<https://doi.org/10.1007/s00787-012-0316-3>

- Pereira, A. I., Muris, P., Mendonc, D., Barros, L., Goes, A. R., & Marques, T. (2016). Parental involvement in cognitive-behavioral intervention for anxious children: parents' in-session and out-session activities and their relationship with treatment outcome. *Journal of Child Psychiatry and Human Development*, *47*, 113-123. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0549-8>
- Podell, J. L., Kendall, P. C. (2010). Mothers and Fathers in family cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Child and Family Studies*, *20*, 182–195. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9420-5>
- Roelofs, J., Muris, P., Braet, C., Arntz, A., & Beelen, I. (2015). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID): first psychometric evaluation in a dutch sample of clinically referred youths. *Child Psychiatry Human Development*, *46*, 367–375. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0477-z>
- Telman, L. G. E., Van Steensel, F. J. A., Verveen, A. J. C., Bögels, S. M., & Maric, M. (2020). Modular CBT for youth social anxiety disorder: a case series examining initial effectiveness. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, *5*(1), 16-27. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1727791>
- Timbremon, B., Braet, C., & Dreessen, L. (2004). Assessing depression in youth: Relation between the Children's Depression Inventory and a Structured Interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 149-157. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_14
- Walczak, M., Esbjørn, B. H., Breinholst, S., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2016). Parental

involvement in cognitive behavior therapy for children with anxiety disorders: 3-27 year follow-up. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 444-454.

<https://doi.org/10.1007/s10578-016-0671-2>

Wante, L., Braet, C., Bögels, S., & Roelofs, J. (2020). *SCID-5 Junior*. Boom Uitgevers

Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., Ugueto, A. M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D.A., Southam-Gerow, M. A., Gibbons, R. D., & Research Network on Youth Mental Health. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety and conduct problems in youth. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274-282.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>