

De invloed van de opvoedingsstijl van ouders op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind

Student: M. Mohammad (s4001311)

Begeleider: prof. dr. A. Lichtwarck-Anschoff
Tweede beoordelaar: prof. dr. H.T.A. Amsing

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen
Juni 2022

Abstract

Anxiety disorders are the most common mental health disorders among children. Anxious thoughts can negatively affect children's daily functioning, which has negative consequences for their well-being. Dysfunctional parenting behaviors can contribute to the development of these anxiety disorders. The most effective way to treat these kinds of disorders is cognitive behavioral therapy (CBT). However, this does not work for every individual. The aim of this current research is to examine whether parenting-styles have some kind of effect on anxiety-treatment outcomes for these children. Current research is a randomized controlled trial with a person-centered approach (n=88). Pre- and post-treatment measurements (child-reports) were used to examine the children's anxiety and the parents' rearing-behaviors. These behaviors were clustered with the use of a k-means cluster analysis. Although two of these clusters matched the assumptions, no significant difference was found between the clusters in terms of treatment outcome. Therefore, parenting-styles did not predict treatment outcome. In future research it may be interesting to examine the effects of genetics and/or demographic factors in combination with parenting-styles regarding the differences in treatment outcome.

Inleiding

Het ervaren van angst is een natuurlijke en functionele emotie (McCurry, 2010). Volgens Bögels (2008) is angst aangeboren en kent het een beschermende functie die helpt bij ontwikkeling en overleving in de verschillende levensfasen van een mens (van baby-tijd tot aan volwassenheid). Jonge kinderen ontwikkelen bijvoorbeeld een angst voor straf, wat helpt bij het herkennen en opvolgen van regels uit hun (directe) omgeving. Iets oudere kinderen ontwikkelen angst voor sociale afwijzing, wat beschermt tegen isolatie en helpt bij het toebehoren aan een groep leeftijdsgenoten (Bögels, 2008).

De American Psychiatric Association (2013) maakt onderscheid in twee vormen van bang zijn: 1) reële angst en 2) niet-reële angst (in Engels anxiety genoemd). Dit eerste is een emotionele reactie op realistisch gevaar met als reden het onmiddellijk activeren van iemands vecht of vlucht reactie. Anxiety gaat over het waakzaam zijn over toekomstig en indirect gevaar door voorzichtig of vermijdend gedrag te vertonen. Bij deze tweede vorm komen er veel persoonlijke belevingen bij kijken zoals negatieve gedachten, gevoelens en fysieke uitingen. Wanneer deze angstige gedachten en gevoelens het dagelijkse functioneren van het kind negatief beïnvloeden, omdat het heftiger en vaker voorkomt dan bij leeftijdsgenoten, wordt dit als problematisch gezien en kan dit negatieve gevolgen hebben voor het welzijn van het kind. Hier kan dan sprake zijn van een angststoornis (McCurry, 2010).

Angststoornissen

Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen bij kinderen. Volgens Bögels (2008) zijn er naar schatting 5 tot 20% van de kinderen die voldoen aan de criteria van een angststoornis. Volgens Verhulst (2020) heeft zijn onderzoek in 2001 aangetoond dat 10% van alle Nederlandse jeugdigen lijden aan een angststoornis. De DSM-V (APA, 2013; Verhulst, 2020) onderscheidt een aantal angststoornissen, die elk een eigen criterialijst van symptomen hebben: 1) separatieangststoornis (gescheiden worden van een naaste), 2) selectieve mutisme (faalangst bij spreken in sociale situaties), 3) specifieke angststoornis (angst voor een specifiek object of situatie), 4) sociale angststoornis (angst voor sociale situaties), 5) paniekstoornis (angst met (on)verwachte paniekaanvallen), 6) agorafobie (angst voor plekken waar ontsnappen moeilijk is zoals een menigte of lift), 7) gegeneraliseerde angststoornis (buitensporige angst en bezorgdheid), 8) angststoornis door middel en/of medicatie (angst als gevolg van intoxicatie van een middel/ medicatie), 9) angststoornis door somatische aandoening (angst door de gevolgen van slaaptkort), 10) andere gespecificeerde angststoornis en 11) ongespecificeerde angststoornis. Om te spreken van een angststoornis moeten deze angsten aanhouden voor langer dan zes maanden en mag de angst niet toegeschreven zijn aan een andere oorzaak zoals drugsgebruik (APA, 2013).

Een angststoornis heeft negatieve gevolgen voor een kind. Volgens Kul en Hamamci (2021) kunnen deze opgemerkt worden op vijf gebieden: 1) fysiek (zoals zweten, problemen met ademen of pijn), 2) emotioneel (zoals paniekaanvallen of verdriet), 3) gedragsmatig (zoals nagelbijten, ontwijkend gedrag vertonen of slaapproblemen), 4) cognitief (zoals negatieve gedachten) en 5) interpersoonlijke relaties (zoals isolatie van leeftijdsgenoten). Het niet behandelen van een angststoornis kan tevens leiden tot andere psychopathologie in de adolescentie, daarom is vroegsignalering en behandeling belangrijk bij deze kinderen (Bögels, 2008).

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (hierna CGT) is één van de meest gebruikte en effectieve methode voor het behandelen van psychische problematiek bij kinderen en adolescenten (Kul & Hamamci, 2021). Een grootschalige meta-analyse over de effecten van CGT in de laatste 50 jaar concludeerde dat deze vorm van therapie een zeer effectieve manier is voor het oplossen van niet alleen angstproblematiek, maar ook depressies, ADHD-klachten en andere ontwikkelingsstoornissen (Weisz et al., 2017). De kern van CGT is het veranderen van negatieve denkpatronen. Samen met een professional wordt er gekeken naar deze patronen om ze zo te (h)erkennen en beter te begrijpen. Hierna wordt er gewerkt aan het bedenken van gezonde copingstrategieën om met de angst om te kunnen gaan. Dit zou er tevens voor kunnen zorgen dat de negatieve gedragspatronen doorbroken worden (Bufka et al., 2020). Het doel van CGT is niet om de angstklachten weg te nemen, maar dat er technieken aangeleerd worden om met de angst om te kunnen gaan in het dagelijks leven (Bögels, 2008).

CGT kent vijf componenten, die vorm zijn gegeven in geprotocolleerde behandelpakketten (Rooijen-Mutsaers, 2013): 1) psycho-educatie, waarbij de professional meer informatie geeft over angststoornissen en hoe deze werken, 2) vaardigheidstraining, waarbij de hierboven genoemde copingstrategieën worden gevormd zodat het kind weet wat er moet gebeuren als de angst optreedt, 3) cognitieve herstructurering, waar de angstige gedachten worden begrepen en omgezet worden in helpende gedachten, 4) methoden en blootstelling, het kind wordt blootgesteld aan de desbetreffende angsten om zo vermijdingsgedrag te verminderen en 5) plannen voor het voorkomen van terugval, waarbij terugkomsessies (follow-ups) worden gepland en afspraken worden gemaakt om terugval te kunnen signaleren. Voor elke angststoornis ziet de invulling van deze componenten tijdens de CGT er anders uit. Bij een specifieke angststoornis wordt bijvoorbeeld de nadruk vaak gelegd op de vierde component (methoden en blootstelling), omdat blootstelling aan de specifieke angst hier beter kan werken dan de focus leggen op een andere component. Andere angststoornissen leggen dan weer de focus op andere componenten (Rooijen-Mutsaers, 2013).

Echter helpt CGT niet bij elke individu. Volgens Rapee et al. (2009) blijft er na de therapie altijd nog een groep kinderen kampen met hun angstproblematiek. Het verloop van de CGT kan beïnvloed worden door factoren bij het kind zelf en/of door de omgeving van het kind. Kindfactoren kunnen bijvoorbeeld leeftijd, type angststoornis of comorbiditeit zijn. Factoren vanuit de omgeving kunnen gezinsfactoren zijn, bijvoorbeeld de psychische gezondheid van de ouders of hun opvoedgedrag. Volgens Creswell et al. (2008) is er een groot verschil tussen het behandelresultaat van de CGT bij kinderen met en kinderen zonder ouders die zelf kampen met een angststoornis. Dit bleek ook uit hun onderzoek; maar 38.9% van de kinderen met angstige ouders had een positief behandelresultaat op de CGT. Bij kinderen zonder angstige ouders was dit 82.4%.

Opvoedingsstijl ouders

Volgens Bögels (2008) kan het gezin een bron zijn van de angst die het kind ervaart. Zo zijn de opvoedingsattituden en -gedragingen van de ouders van grote impact en kan een disfunctionele opvoedingsstijl bijdragen aan het ontwikkelen van psychopathologie bij het kind (Markus et al., 2003). Volgens Aydin en Özyürek (2021) wordt een opvoedingsstijl grofweg bestudeert op twee manieren: mate van 1) steun en 2) controle. Een hoge mate van steun zorgt voor positief resultaat op verschillende gebieden zoals ontwikkeling,

academisch succes en het zelfbeeld van het kind. Dit zou dus een beschermde factor kunnen zijn bij het eventueel ontwikkelen van een angststoornis. Controle wordt opgedeeld in autoritaire (streng en intimiderende) en autoritatieve (uitleggende en logisch toelichtende) controle. Een hoge mate van autoritaire controle gaat gepaard met streng toezicht op het kind en de keuzes die het maakt. Volgens McLeod et al. (2006) kan dit het risico op het ontwikkelen van een angststoornis bij het kind verhogen, omdat er een vermindering ontstaat in de mate van zelfeffectiviteit bij het kind. Kinderen hebben dus minder vertrouwen in hun eigen bekwaamheid en worden angstiger in bepaalde situaties. Autoritatieve controle kan echter een positief effect hebben op het kind. Hierbij wordt er samen met het kind overlegd over bepaalde keuzes en wordt hier een logische toelichting bij gezocht. Dit bevordert de zelfredzaamheid van het kind en kan de kans op angstklachten verminderen (Aydin & Özyürek, 2021; Kalthoff, 2009; Van der Ploeg, 2014). McLeod et al. (2006) voegen naast steun en controle nog een derde dimensie toe: de mate van 3) afwijzing. Dit gaat gepaard met lage emotionele warmte, acceptatie en responsiviteit vanuit de ouder. Een hoge mate van afwijzing kan ervoor zorgen dat kinderen hechtingsproblematiek krijgen, omdat ze thuis geen veilig basis kennen. Deze kinderen kunnen dan minder vertrouwen hebben in het verkennen van de wereld om hun heen en kunnen hier een angst voor ontwikkelen (Van der Ploeg, 2014). Deze drie dimensies komen in verschillende mate voor binnen verschillende opvoedingsstijlen.

Markus et al. (2003) noemen in totaal veertien opvoedingsattituden en -gedragingen die ouders kunnen hebben tegenover hun kinderen en categoriseert deze in drie opvoedingsstijlen: 1) verwaarlozing, 2) emotionele warmte en 3) overbezorgdheid. Daarnaast wordt er een vierde stijl behandeld in het onderzoek van Van Doorn et al. (2017): 4) de angstige opvoedingsstijl. Bij verwaarlozing gaat het om weinig steun en controle en er is een hoge mate van afwijzing. Emotionele warmte wordt gekenmerkt door veel steun, autoritatieve controle en lage mate van afwijzing. Ouders die te overbezorgd zijn, neigen om controle uit te oefenen op het gedrag van hun kinderen. Als gevolg hiervan wordt autonomie vaak geweigerd en ontbreekt aanmoediging van het kind. Dit draagt bij aan de verdere ontwikkeling van de angstsymptomen (Ventola et al., 2017). Ouders met een angstige opvoedingsstijl hebben vaak zelf een geschiedenis met angstsymptomen en kunnen deze angsten projecteren op hun kinderen door het gebruik van psychologische controle (Ventola et al., 2017). Deze vorm van controle bestaat uit het negeren van de behoeften van het kind en het opdringen van eigen gevoelens en gedachten. Dit heeft een negatief effect op het welzijn van het kind en kan zelfs negatieve gevolgen hebben op latere leeftijd (Aydin & Özyürek, 2021). Voor deze ouders is het lastig om toe te geven aan de wensen van hun kinderen en hierbij ook steun te bieden, omdat ze zelf angstig kunnen reageren in potentiële probleemsituaties (Verhulst, 2020).

Relatie tussen opvoedingsstijl ouders en verloop angsttherapie kind

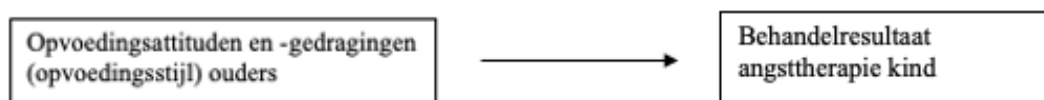
Zoals al eerder besproken, liet het onderzoek van Creswell et al. (2008) zien dat opvoedgedragingen van ouders invloed hebben op de angsttherapie bij het kind; 61.1% van de kinderen met angstige ouders hadden geen of een negatief behandelresultaat op de angsttherapie. Volgens het onderzoek van Festen et al. (2013) heeft emotionele warmte vanuit de ouders daarentegen een positief effect op de angsttherapie bij het kind. Deze kinderen voelen zich veiliger om tevens thuis bezig te gaan met opdrachten vanuit de angstbehandeling, omdat

de ouders hier thuis een plek voor creëren. De kinderen staan hierdoor positiever tegenover het verloop van de angsttherapie.

Omdat de opvoedingsattituden en -gedragingen van ouders van grote impact kunnen zijn op het welzijn van het kind en bijdragen aan het ontwikkelen van angstsymptomen, is de vraag of deze opvoedingsattituden en -gedragingen (opvoedingsstijl) van ouders ook effect hebben op het kind wanneer hij/zij angsttherapie volgt voor de desbetreffende angststoornis(sen). Hierboven zijn al twee onderzoeken genoemd waar enkele opvoedgedragingen invloed hadden op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind. Het doel van huidig onderzoek is om de invloed van de rest van de opvoedingsstijlen ook in kaart te brengen. De onderzoeksvraag luidt als volgt: *“In hoeverre hebben de opvoedingsattitudes en -gedragingen (opvoedingsstijl) van ouders invloed op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind”*.

Figuur 1

Conceptueel model



Op basis van de hierboven genoemde theorieën en literatuur wordt het volgende verwacht:

- 1) Opvoedingsstijlen met hoge mate van steun, autoritatieve controle en lage mate van afwijzing (emotionele warmte) hebben een positief effect op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind.
- 2) Opvoedingsstijlen met lage mate van steun, autoritaire controle en hoge mate van afwijzing (verwaarlozing, angstig en overbezorgdheid) hebben een negatief effect op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind.

Methoden

Het type onderzoek dat is uitgevoerd, is een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep, waar twee soorten behandelingen met elkaar zijn vergeleken: 1) CGT en 2) therapie op basis van gewoonlijk gebruiken van de therapeut (hierna: TAU; treatment-as-usual) (Van Doorn et al., 2017). Binnen huidig onderzoek zijn beide condities samengenomen en tegenover de variabele ‘opvoedingsstijl ouders’ gezet.

De participantengroep binnen huidig onderzoek zijn basisschoolkinderen tussen de zeven en twaalf jaar. Deze zijn geworven op twee manieren: het benaderen van 1) jeugd-GGZ en 2) basisscholen. Via manier 1 is er gekeken naar kinderen die tussen januari 2012 en 2014 ingeschreven stonden bij een van de drie participerende jeugd-GGZ instellingen (Ambulatorium Groningen en Pro Persona Arnhem en Nijmegen) en een hoog tot risicovol-niveau scoren op het angst-meetinstrument ‘screen for child related emotional disorders’ (hierna: SCARED). Via de tweede manier zijn er basisschoolleerlingen uit groepen drie tot en met acht geworven. Deze leerlingen moesten tevens een hoog tot risicovol-niveau op de SCARED laten zien. De toegangssteekproef binnen deze groep bestond uit n=382 leerlingen. Echter vielen er, door verschillende redenen, participanten

weg. Deze redenen waren: niet voldoen aan de onderzoekscriteria, geen indicatie voor therapie bij het kind of geen medewerking van de familie. Uiteindelijk was de werkelijke steekproef $n=88$ (Van Doorn et al., 2017).

Participanten

Deze 88 kinderen hadden een gemiddelde leeftijd van 9.98 jaar met een standaarddeviatie van 1.32 jaar. De participantengroep bestond merendeels uit meisjes ($n=58$). De overige kinderen waren jongens ($n=30$). 89.8% van de kinderen hadden een Nederlandse nationaliteit. De overige kinderen hadden of een Marokkaanse of een Ethiopische nationaliteit. De moeders binnen huidig onderzoek hadden een gemiddelde leeftijd van 43.38 jaar met een standaarddeviatie van 4.96 jaar. 85.6% van de moeders had een Nederlandse nationaliteit. De rest van de moeders waren afkomstig uit: Rusland, Polen, Duitsland en Kazachstan. 64.4% van de moeders had een schoolniveau van mbo of hoger behaald als hoogst afgeronde opleiding.

Procedure

De participanten en hun ouders stemden schriftelijk toe om mee te doen met dit onderzoek. Binnen dit onderzoek is er gewerkt met een aantal meetmomenten: 1) pre-test (vooraf aan de behandeling), 2) post-test (na de behandeling) en 3) twee follow-ups (zes maanden na behandeling en twaalf maanden na behandeling). Tussen de behandelingen door is er wekelijks getelefoneerd met de kinderen voor check-ups. Dit onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Radboud Universiteit in Nijmegen.

Meetinstrumenten onderzoeksvariabelen

SCARED-C voor angstsymptomen

Angstsymptomen bij het kind werd gemeten met een angstsymptomen-vragenlijst, namelijk de SCARED (Muris et al., 2007). Deze geeft een indicatie van de aanwezigheid van angstsymptomen bij kinderen, en is bedoeld voor de doelgroep zeven tot en met negentien jaar. Er is een kindrapport (SCARED-C), waarbij het kind zelf zijn angstsymptomen beoordeeld, en een ouder rapport (SCARED-P), waarbij de ouders (in dit geval de moeder) het kind beoordeeld op zijn angstsymptomen. Beide vormen hebben een totaalscore die opgedeeld wordt in laag, normaal, hoog of risicovol (Van Doorn et al., 2017). Voor huidig onderzoek is ervoor gekozen om alleen het kindrapport mee te nemen, want de belevingswereld van het kind wordt hier het meest in acht genomen. Tevens wordt ouder-bias hierdoor uitgesloten. De vragenlijst bestaat uit 69 vragen met steeds drie antwoordmogelijkheden (nooit of bijna nooit, soms en vaak) verdeeld onder een aantal subschalen. Binnen huidig onderzoek werd de scheiding tussen de subschalen achterwege gelaten en werd er alleen gekeken naar de totaalscore. Zo werden alle angstsymptomen van het kind samengenomen. Een voorbeeld van een item is: *‘Als ik bang ben, vind ik het moeilijk om adem te halen?’*

Om te kijken naar de betrouwbaarheid van dit instrument, is de interne consistentie tussen de items op de vragenlijst berekend met behulp van de Cronbachs alfa. Voor de SCARED-C is deze $\alpha=.91$. Volgens de richtlijnen van George en Mallery (2003) wordt deze alfa gezien als uitstekend ($>.90$). Tevens heeft dit instrument het validiteitscriterium behaald (Muris et al., 2007).

EMBU-C voor de opvoedingsstijl

Daarnaast wordt *de opvoedingsstijl van de moeder* in kaart gebracht met behulp van een vragenlijst, namelijk de egna minnen betreffende oppfostran (hierna: EMBU) (Arrindell & Emmelkamp, 1983). De

vragenlijst bestaat uit 40 vragen met elk vier antwoordmogelijkheden (nooit, soms, vaak en altijd). Ook hier wordt er onderscheidt gemaakt tussen een kindrapport (EMBU-C), waarbij kinderen de opvoedingsstijl van hun ouders beoordelen, en een ouderrapport (EMBU-P), waarbij ouders dit zelf doen. Er werd wederom alleen gebruik gemaakt van het kindrapport binnen dit onderzoek om zo ouder-bias uit te sluiten. Een voorbeeld van een item is: *“Als ik thuis kom, moet ik aan mijn ouders vertellen wat ik heb gedaan.”*

Bij het kindrapport wordt opvoedingsstijl onderverdeeld in vier subschalen: 1) verwaarlozing, 2) emotionele warmte, 3) overbezorgdheid en 4) angstig. Er is gekeken naar de interne consistentie tussen de items binnen deze subschalen. De Cronbachs alfa van de schaal overbezorgdheid is $\alpha=.60$. Volgens de richtlijnen van George en Mallery (2003) wordt deze alfa gezien als twijfelachtig ($>.60$). De rest van de subschalen zijn acceptabel ($>.70$): $\alpha=.78$ (verwaarlozing), $\alpha=.69$ (emotionele warmte) en $\alpha=.79$ (angstig).

Statistische analyse

Binnen huidig onderzoek werd er gekeken of de opvoedingsstijlen van de moeders invloed hebben op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind. Hier was opvoedingsstijl van de moeder de onafhankelijke variabele en het behandelresultaat van de therapie bij het kind de afhankelijke variabele. Voor de afhankelijke variabele werd er alleen gekeken naar de pre-test en de post-test van de SCARED-C. Er werd een verschilscore berekend om zo te kijken naar eventuele veranderingen in de mate van de angstklachten. Voor de onafhankelijke variabele werd er alleen gekeken naar de pre-test van de EMBU-C, om zo deze stijl in kaart te brengen. Om te kunnen rekenen met de totaalscores van de vier subschalen binnen deze test, zijn er z-scores gemaakt (zie bijlage 1).

De opvoedingsgedragingen en -attituden (opvoedingsstijlen) van de moeders werden geïdentificeerd en vervolgens op basis van deze gedragskenmerken geclassificeerd in clusters. De clusters werden gemaakt op SPSS door middel van de k-means clusteranalyse. Binnen deze clusteranalyse zijn twee aspecten belangrijk: 1) de inhoudelijke interpretaties, dus of de clusters goed te beschrijven zijn aan de hand van de opvoedingsstijlen, en 2) aantal moeders in een cluster. Wanneer er te weinig moeders in een cluster zaten, werd er niet meer gekeken naar het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind. Deze was dan niet heel relevant meer. Uiteindelijk werden de clusters met elkaar vergeleken met betrekking tot het behandelresultaat van de kinderen. De gemiddeldes werden vergeleken met behulp van een variantieanalyse (one-way ANOVA). Om te bepalen of deze analyse toegepast mag worden, is er gekeken naar 1) de onafhankelijkheid van de steekproef, 2) de normaliteit van de data en 3) homogeniteit van de varianties. Zoals al eerder aangegeven, is huidig onderzoek gerandomiseerd en kent het een willekeurige steekproef. Daarnaast is door middel van de QQ-plot en het histogram te zien dat de data normaal verdeeld is met een kleine afwijking naar rechts. Ook homoscedasticiteit lijkt op te gaan, want op de scatterplot is te zien dat voor iedere voorspelde waarde de verticale spreiding redelijk gelijk is.

Resultaten

Beschrijvende statistiek

Niet alle kinderen ($n=88$) hebben de vragenlijst compleet ingevuld. De subschaal overbezorgdheid mist de meeste gegevens, namelijk van negen kinderen. Binnen de subschaal emotionele warmte zijn dit er zeven.

Voor de subschaal verwaarlozing zijn dit er acht. Ten slotte missen er gegevens van vijf kinderen binnen de subschaal angstig. Tabel 1 geeft de gemiddelden en standaarddeviaties weer per subschaal.

Tabel 1

Statistieken voormeting EMBU-C

EMBU-C subschalen	N	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Overbezorgdheid	79	19.49	3.65
Emotionele warmte	81	32.48	3.60
Verwaarlozing	80	14.31	3.76
Angstig	83	20.29	5.05

Voor de data van de SCARED-C is er gekeken naar de voor- en nameting en is hier een verschilscore berekend. De verschilscore is voor 68 participanten gemaakt (zie tabel 2).

Tabel 2

Statistieken SCARED-C

	N	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Totaalscore voormeting	87	53.28	18.05
Totaalscore nameting	69	37.26	21.51
Vershilscore	68	14.54	21.39

K-means clusteranalyse

De opvoedingsstijlen van de moeders zijn in kaart gebracht en geclassificeerd in drie clusters: 1) angstige moeders, waarbinnen moeders relatief hoog scoren op de opvoedingsstijlen overbezorgdheid, verwaarlozing en angstig, en relatief lager op de opvoedingsstijl emotionele warmte (n=13), 2) laag scorende moeders, waarbinnen moeders relatief laag scoren op alle opvoedingsstijlen (n=24) en 3) warme moeders, waarbinnen moeder relatief hoog scoren op de opvoedingsstijl emotionele warmte en relatief lager op de rest van de opvoedingsstijlen (n=38). Figuur 2 geeft deze clusters weer met de gemiddelde van de moeders per subschaal (zie ook bijlage 1 voor de z-scores).

Om te kijken of deze clusters goede segmentatievariabelen zijn, zijn er significantieniveaus berekend door middel van het uitvoeren van een ANOVA. De significantieniveaus van alle subschalen zijn <0.001 dit is lager dan de alfa-grens van .05. De gegevens zijn hieronder weergegeven in tabel 3.

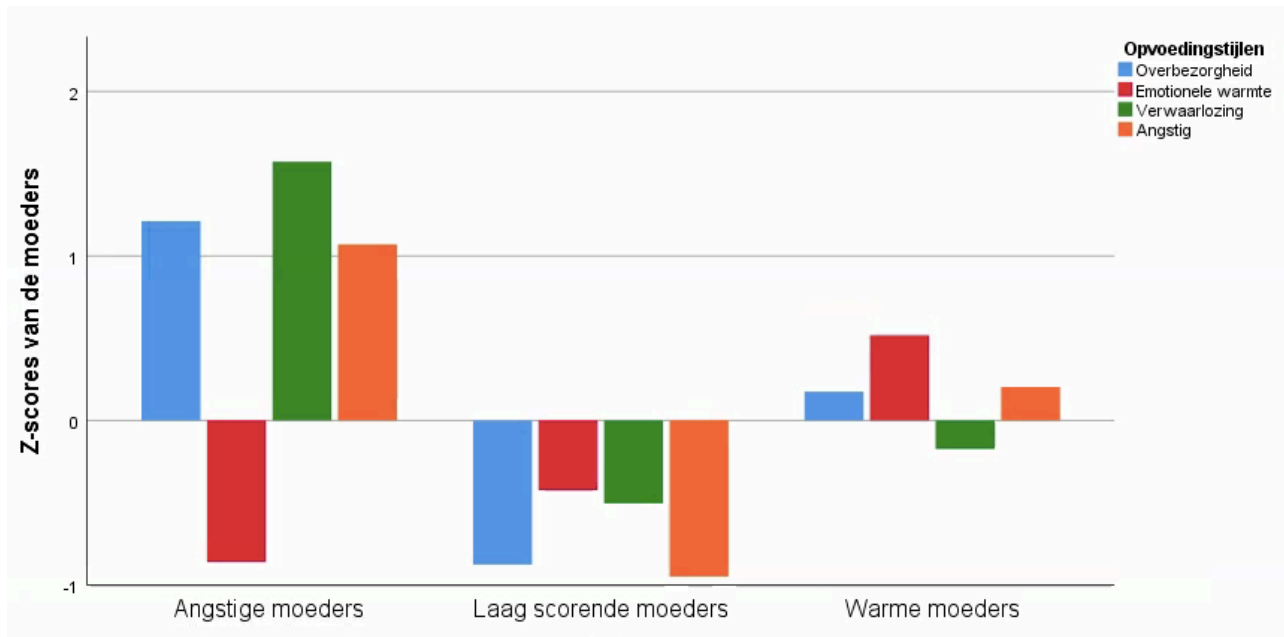
Tabel 3

ANOVA z-scores subschalen EMBU-C

	F	Sig.
Z-scores subschaal overbezorgdheid	39.26	.000
Z-scores subschaal emotionele warmte	16.62	.000
Z-scores subschaal verwaarlozing	38.98	.000
Z-scores subschaal angstig	36.10	.000

Figuur 2

K-means clusteranalyse



Om te kijken naar de invloed van de opvoedingsstijl van de moeder op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind, zijn de clusters tegenover de verschillscore van de SCARED-C gezet door middel van een variantieanalyse. Het gevonden significantieniveau is 0.41, dit is hoger dan de alfagrens van .05 (zie tabel 4).

Tabel 4

Variantieanalyse (one-way ANOVA)

	Sum of squares	df	Mean square	F	Sig.
Tussen de groepen	885.66	2	442.83	0.90	0.41
Binnen de groepen	28700.07	58	494.83		
Totaal	29585.74	60			

Explorerend hieraan is gekeken of de drie clusters van elkaar verschilden op de pre-test van de SCARED-C. Hierbij is er opnieuw een variantieanalyse uitgevoerd. Het gevonden significantieniveau is 0.17. Dit niveau is kleiner dan bij de variantieanalyse voor de verschillscore, maar nog steeds groter dan de alfagrens van .05.

Discussie

De onderzoeksvraag die centraal stond binnen huidig onderzoek was: “*In hoeverre hebben de opvoedingsattitudes en -gedragingen (opvoedingsstijlen) van ouders invloed op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind?*”. Vooraf zijn er twee hypothesen opgesteld: 1) opvoedingsstijlen met een hoge mate van steun, autoritatieve controle en een lage mate van afwijzing (emotionele warmte) hebben een positief effect op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind en 2) opvoedingsstijlen met een lage mate van steun, autoritaire controle en een hoge mate van afwijzing (verwaarlozing, angstig en overbezorgdheid) hebben een

negatief effect op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind. Door middel van twee vragenlijsten, de EMBU-C en de SCARED-C, en de statistische analyses kunnen de volgende punten geconcludeerd worden.

Twee van de drie clusters komen overeen met de verwachtingen die, op basis van de gevonden theorieën, vooraf zijn opgesteld. De cluster ‘angstige moeders’ scoorden relatief hoger op de dimensies die behoren tot de opvoedingsstijlen overbezorgdheid, angstig en/of verwaarlozing, en tegelijkertijd relatief lager op de dimensies die behoren tot de opvoedingsstijl emotionele warmte. Ouders met overbezorgde, angstige en/of verwaarlozende opvoedgedragingen, laten vaak niet veel ruimte over voor emotionele warmte; er is hier een gebrek aan sensitiviteit, ondersteuning en/of responsiviteit (Van der Ploeg, 2014). De cluster ‘warme moeders’ omvat moeders die relatief hoger scoren op de dimensies van de opvoedingsstijl emotionele warmte en tegelijkertijd relatief lager scoren op de dimensies van de opvoedingsstijl verwaarlozing. Dat deze twee opvoedingsstijlen tegenover elkaar staan, staat in lijn met de vooraf opgestelde verwachtingen; de dimensies van de twee opvoedingsstijlen staan namelijk recht tegenover elkaar (McLeod et al., 2006). Binnen deze cluster zijn er tevens moeders die ongeveer hetzelfde scoren op de dimensies van de opvoedingsstijlen overbezorgdheid en angstig. Dit staat in lijn met de vooraf gevonden theorieën, omdat deze opvoedgedragingen vaak gepaard gaan en/of op elkaar lijken (Van der Ploeg, 2014). De cluster ‘laag scorende moeders’ omvat moeders die relatief laag scoren op de dimensies van alle opvoedingsstijlen. Deze cluster staan niet in lijn met de vooraf opgestelde verwachtingen. Om deze cluster nader te onderzoeken en beter te begrijpen, wordt er geadviseerd om vervolgonderzoek te doen.

Uit de variantieanalyse is gebleken dat er binnen huidig onderzoek geen significant verschil is gevonden tussen de behandelresultaten van de drie clusters. Op basis van deze resultaten lijkt er geen verschil te zijn in de invloed die de verschillende opvoedingsstijlen van ouders hebben op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind. Dit gevonden resultaat staat niet in lijn met de vooraf opgestelde verwachtingen. Vervolgens is er explorierend gekeken of de drie clusters van elkaar verschilden op de pre-test van de SCARED-C. Ook hier zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de drie clusters.

Volgens de meta-analyse van McLeod et al. (2007) is het gevonden resultaat binnen huidig onderzoek mogelijk te verklaren doordat opvoeding wellicht een kleinere rol speelt bij problemen in de psychische gezondheid van kinderen dan vaak gedacht wordt. Dit wordt tevens aangekaart binnen de meta-analyse van Masia en Morris (1998). Hier wordt specifiek de sociale angst genoemd en erbij aangegeven dat bevindingen over de invloed van oudergedrag op de ontwikkeling van angst bij het kind schaars is. Deze verklaringen worden bevestigd binnen het onderzoek van Creswell et al. (2008). Hier werd geconcludeerd dat er geen significant verschil is gevonden tussen moeders met en zonder een angstige opvoedingsstijl wat betreft het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind. Deze onderzoeken wijzen erop dat opvoedingsgedrag van ouders wellicht minder invloed hebben op de angststoornis van het kind en daarmee weinig tot geen invloed heeft op de therapie die het kind volgt.

Sterke kanten en limitaties

Huidig onderzoek kent een aantal sterke kanten. Ten eerste is de werving van de steekproef en de data in de klinische praktijk gebeurd. De kinderen die meededen aan het onderzoek zijn op twee manier geworven,

waarbij zorgvuldig de nadruk is gelegd op het niveau van angstsymptomen bij het kind. Dit moest een hoog tot risicovol-niveau zijn op het angstmeetinstrument (SCARED). De angststoornissen waren klinisch vastgelegd bij de kinderen. Daarnaast hebben de constructen binnen dit onderzoeksinstrument (SCARED-C) een interne consistentie van .91. Dit wordt gezien als uitstekend (George & Mallery, 2003). Tevens heeft het instrument het validiteitscriterium behaald (Muris et al., 2007). Ten slotte staat binnen huidig onderzoek de participant centraal. Het onderzoek kent een person-centered approach in plaats van een variable-centered approach. Hierbij wordt de groep individuen (in dit geval moeders) gegroepeerd op basis van specifieke kenmerken, wat goed is voor het beantwoorden van vragen over verschillen tussen bepaalde groepen (Laursen & Hoff, 2006). Dus in plaats van te kijken naar de samenhang tussen losse opvoeddimensies en de angstklachten van het kind, zijn er groepen moeders gemaakt die vergelijkbaar scoorden op de verschillende opvoeddimensies. Deze type moeders komen eerder overeen met de realiteit van de manier van opvoeden dan dat losstaande opvoeddimensies doen.

Naast deze sterke punten zijn er ook een aantal limitaties waar rekening mee gehouden moet worden bij vervolgonderzoek. Ten eerste is er binnen huidig onderzoek alleen rekening gehouden met het perspectief van het kind (kindrapport SCARED en EMBU), om zo ouderbias te voorkomen. Volgens Rork en Morris (2009) is het, voor het begrijpen van ouder-kindrelaties, belangrijk om beide perspectieven mee te nemen in onderzoek. Achteraf gezien was het dus beter geweest om beide perspectieven te includeren. Daarnaast is er een groot verschil tussen de pre-test en post-test van de SCARED-C wat betreft het participantenaantal. Dit ging van n=88 naar n=69. Uiteindelijk is er voor het berekenen van de verschilscore voor de SCARED-C maar 68 kinderen meegenomen. Echter, er is niet gekeken naar de redenen van deze uitval. Om deze limitatie te beperken, kan er in vervolgonderzoek gekeken worden naar deze redenen en uiteindelijk gezocht worden naar bepaalde strategieën om dit in te perken. Ten slotte is er een limitatie bij het werken met clusteranalyses. Volgens Reedy et al. (2005) zijn de resultaten van een clusteranalyse wellicht te afhankelijk van een steekproef. Hierdoor worden er hele andere clusters gecreëerd bij een andere steekproef met dezelfde variabelen en is het mogelijk dat een variantieanalyse dan wel significant is.

Klinische implicaties en vervolgonderzoek

Op basis van de resultaten van huidig onderzoek zijn er geen klinische implicaties. Om meer te kunnen betekenen voor de klinische praktijk, zou het wellicht interessant zijn om vervolgonderzoek te doen. Twee suggesties voor vervolgonderzoek zijn hierboven genoemd. Ten eerste is het interessant om te kijken naar de cluster 'laag scorende moeders' om zo deze beter te begrijpen en hierdoor betere uitspraken te kunnen doen over deze groep. Daarnaast is het wellicht bruikbaar om strategieën te bedenken voor het beperken van uitval tijdens langdurige onderzoeken. Een voorbeeld hiervan kan zijn om tussentijds informatie te blijven terugkoppelen aan participanten en hun ouders over de gemaakte tests en de uitslagen. Hierdoor hebben ze wellicht een beter idee over waarom ze deze vele tests, gedurende deze lange periode, uitvoeren. Dit kan ervoor zorgen dat deze participanten dan makkelijker meegaan in het langdurige proces en hierdoor uitval beperkt wordt. Ten slotte is het wellicht interessant om verder te kijken dan alleen opvoedingsgedrag van ouders. Hierbij kan gedacht worden aan de invloed van genen en/of andere omgevingsfactoren op de angsttherapie bij het kind. Volgens het onderzoek van Hudson et al. (2013) heeft de combinatie van genen en demografische/ klinische

factoren invloed op de angsttherapie. Wanneer er meer risicofactoren zijn op deze twee gebieden, kan dit de kans op remissie verkleinen. Een idee is om één van deze gebieden tevens te combineren met opvoedgedrag en dan het behandelresultaat van de angsttherapie te bekijken.

De onderzoeksvraag: *“In hoeverre hebben de opvoedingsattitudes en -gedragingen (opvoedingsstijlen) van ouders invloed op het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind?”* is beantwoord binnen huidig onderzoek. Ook al kwamen twee clusters overeen met de gevonden theorieën en verwachtingen, bleek het toch dat er geen significant verschil is gevonden tussen de opvoedingsattitudes en -gedragingen van de moeders wat betreft het behandelresultaat van de angsttherapie bij het kind. Mogelijk kan dit omdat opvoedgedrag van ouders toch een kleinere rol speelt in het verloop van de angsttherapie bij het kind en er in vervolg wellicht verder gekeken moet worden dan alleen opvoedingsstijlen. Andere mogelijke invloeden kunnen genen en/of andere demografische factoren zijn.

Referentielijst

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic criteria and codes. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
- Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.G.M., Brilman, E., Monsma, A. (1983). Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices: A Dutch form of the EMBU. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 163-177. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb00338.x>
- Aydin, A., Özyürek, A. (2021). An Examination of Adolescents' Well-being and Parents' Psychological Control According to the Some Demographic Variables. *Journal of Theoretical Educational Science*, 14(2), 120-136. <https://doi.org/10.30831/akukeg.786802>
- Bögels, M.S. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten: Met het cognitief-gedragstherapeutisch protocol denken+doen=durven*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bufka, L.F., Wright, C.V., Halfond, R. (2020). *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the Treatment for PTSD*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000196-000>
- Creswell, C., Willetts, L., Murray, L., Singhal, M., Cooper, P. (2008). Treatment of Child Anxiety: An Exploratory Study of the Role of Maternal Anxiety and Behaviours in Treatment Outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 38-44. <https://doi.org/10.1002/cpp.559>
- Festen, H., Hartman, A.C., Hogendoorn, S., Haan de, E., Prins, J.M.P., Reichart, G.C., Moorlag, H., Nauta, H.M. (2013). Temperament and parenting predicting anxiety change in cognitive behavioral therapy: The role of mothers, fathers, and children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 289-297. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.001>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon
- Gerlsma, C., Arrindell, W.A., Van der Veen, N., Emmelkamp, P.M.G. (1991). A parental rearing style questionnaire for use with adolescents: psychometric evaluation of the EMBU-A. *Personality and individual differences*, 12, 1245-1253. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90196-I](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90196-I)
- Hudson, L.J., Lester, J.K., Lewis, M.C., Tropeano, M., Creswell, C., Collier, A.D ... Eley, C.T. (2013). Predicting outcomes following cognitive behaviour therapy in child anxiety disorders: the influence of genetic,

- demographic and clinical information. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(10), 1086-1094.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12092>
- Kul, A., Zeynep, H. (2021). The Effect of an Anxiety-Coping Program for Children Based on Cognitive Behavioral Therapy on 4th Graders' Anxiety Levels. *Education Quarterly Reviews*, 2, 287-300.
<https://doi.org/10.31014/aior.1993.04.02.280>
- Laursen, B., Hoff, E. (2006). Person-Centered and Variable-Centered Approaches to Longitudinal Data. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(3) 377-389. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0029>
- Markus, M.Th., Lindhout, I.E., Boer, F., Hoogendijk, T.H.G., Arrindell, W.A. (2003). Factors of perceived parental rearing styles: the EMBU-C examined in a sample of Dutch primary school children. *Personality and Individual Differences*, 34, 503-519. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00090-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00090-9)
- Masia, C.L., Morris, T.L. (1998). Parental factors associated with social anxiety: Methodological limitations and suggestions for integrated behavioral research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(2), 211–228.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00144.x>
- McCurry, C. (2010). *Help je kind met mindfulness angst te overwinnen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- McLeod, D.B., Wood, J.J., Weisz, R.J. (2006). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2007), 155-172.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- Muris, P., Bodden, D., Hale, W., Birmaher, B. & Mayer, B. (2007). *SCARED-NL Handleiding bij gereviseerde versie van de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*. Amsterdam: Boom testuitgevers
- Neil, A.L., Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.002>
- Rapee, M.R., Schniering, A.C., Hudson, L.J. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-41.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- Reedy, J., Haines, S.P., Campbell, K.M. (2005). The influence of health behavior clusters on dietary change. *Preventive Medicine*, 41, 268-275. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.11.005>

- Rork, E.K., Morris, L.T. (2009). Influence of Parenting Factors on Childhood Social Anxiety: Direct Observation of Parental Warmth and Control. *Child & Family Behaviour Therapy*, 31(3), 220-235.
<https://doi.org/10.1080/07317100903099274>
- Van der Ploeg, J. (2014). *Agressie bij kinderen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Rooijen-Mutsaers, K. (2013). *Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen?* Nederlands Jeugdinstituut
- Van Doorn, M.E.M.M., Jansen, M., Bodden, D., Lichtwarck-Anschoff, A., Granic I. (2017). A Randomized Controlled Effectiveness Study Comparing Manualized Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Treatment-As-Usual for Clinically Anxious Children. *Journal of Clinical Trials*, 7, 2167-0870.
<https://doi.org/10.4172/2167-0870.1000330>
- Ventola, P., Lei, J., Paisley, C., Lebowitz, E., Silverman, W. (2017). Parenting a Child with ASD: Comparison of Parenting Style Between ASD, Anxiety, and Typical Development. *J Autism Dev Disord*, 47, 2873-2884.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3210-5>
- Verhulst, C.F. (2020). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen, Nederland: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Kalthoff, H. (2009). *Opvoedondersteuning aan migrantengezinnen schiet tekort*. Nederlandse Jeugdinstituut.

Bijlage 1

Clusteranalyse met z-scores van moeders

	Clusters		
	Angstige moeders	Laag scorende moeders	Warme moeders
Z-scores subschaal overbezorgdheid	1.21	-0.88	0.17
Z-scores subschaal emotionele warmte	-0.86	-0.42	0.52
Z-scores subschaal verwaarlozing	1.57	-0.50	-0.17
Z-scores subschaal angstig	1.07	-0.95	0.20