

**De invloed van de door het kind ervaren ouderlijke
overbescherming op de effectiviteit van CGT-behandeling bij
angststoornissen**

Student: L. de Jong (s3466418)

Begeleider: prof. dr. A. Lichtwarck-Anschoff

2^e beoordelaar: dr. P.A. van der Ploeg

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Bachelorwerkstuk Academische Opleiding Leerkracht Basisonderwijs (AOLB)

2 Juni 2023

Abstract

Anxiety disorders are the most common psychiatric disorders among children. Irrational fears are known to have a negative impact on the daily life of children in different areas. CBT is proved to be an effective treatment for children with anxiety. However, its effectiveness could be influenced by parenting-style in both positive and negative way. This study examined if the effectiveness of CBT is influenced by the child's perceived parental overprotection. Eighty-eight children with an anxiety disorder participated in a randomized controlled trial. Children's level of anxiety symptoms was assessed pre- and post-treatment. How children perceived parental overprotection was measured using the EMBU-C at pre. With a multiple regression analysis, the moderation of perceived parental overprotection between the anxiety symptoms before and after the treatment was inspected. Contrary to what was expected, perceived parental overprotection did not turn out to be a significant moderator. Therefore, by the child perceived parental overprotection did not have any influence on the effectiveness of CBT. This means that children experiencing parental overprotection can be treated with CBT in the same way as children who don't experience parental overprotection. Further research could focus on the parental overprotection specifically for fathers, for there is little research done regarding their role in overprotection.

Inleiding

Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen onder kinderen (Schleider et al., 2015; Festen et al., 2013). Er is sprake van een angststoornis wanneer de aanwezige angst niet reëel is en leidt tot problemen in het dagelijks functioneren (American Psychiatric Association [APA], 2022; Festen et al., 2013). Cognitieve gedragstherapie, verder afgekort als CGT, is gebleken als effectieve behandelingsvorm voor angststoornissen bij kinderen (Arnardóttir & Skarphedinsson, 2023; Choque Olsson et al., 2021; Wergeland et al., 2021). Binnen CGT staat het aanleren van vaardigheden om angstsymptomen te beheersen centraal, waarbij negatieve denkprocessen worden onderzocht en omgezet in positieve denkprocessen (Foolen & Ince, 2013). Bekend is dat de werking van CGT afhankelijk is van derde factoren, zoals de betrokkenheid van ouders bij de behandeling (Möller & Bögels, 2017). Over de invloed van de opvoedingsstijl van de ouders op de werking van CGT bij angststoornissen heerst op dit moment nog onduidelijkheid (Van Doorn et al., 2017; Festen et al., 2013). Hierbij is nog niet specifiek gekeken naar de door het kind ervaren overbescherming (Van Doorn et al., 2017). In dit onderzoek zal worden onderzocht of de mate waarin een kind overbescherming door de ouders ervaart, het effect van CGT op de angststoornis beïnvloedt. Dit draagt bij aan het onderzoek naar de invloed van de opvoedingsstijl van de ouders op de werking van CGT bij kinderen. Wanneer beter bekend is onder welke opvoedingsomstandigheden CGT wel en niet werkt, kunnen angststoornissen beter worden behandeld (Van Doorn, 2017; Van Rooijen-Mutsaers, 2013).

Angststoornissen

Naar schatting voldoet 5 tot 20 procent van de kinderen aan de criteria horend bij een angststoornis (Bögels, 2008; Boegels Protocol, z.d.). Angst is van zichzelf een nuttige en gezonde emotie en heeft als doel oplettend te zijn voor bedreigingen (Allen et al., 2021; Beesdo et al., 2009). Wanneer er echter geen dreiging is, maar deze toch wordt ervaren, wordt

gesproken van een irrealistische angst (Muris, 2014). In de kindertijd ontwikkelen veel kinderen irrealistische angsten die vanzelf weer verdwijnen (Van Lieshout & Van Drenth, 2018; Muris, 2014). Zo ontwikkelen kinderen tussen de vier en zes jaar een angst voor dieren, die verdwijnt zodra ze in de volgende fase van de ontwikkeling terechtkomen (Verhulst, 2020). Wanneer een angst voor langere tijd aanhoudt en deze het functioneren in het dagelijks leven beperkt, is er sprake van een abnormale angst of angststoornis (Muris, 2014). Een overmatige angst beperkt het dagelijks functioneren doordat het bijvoorbeeld een negatieve invloed heeft op de sociale competentie en de fysieke gezondheid (APA, 2022; Van Vliet, 2004).

De DSM-5-TR, de nieuwste versie van het diagnostisch handboek van psychiatrische aandoeningen, spreekt van een angststoornis als de angst minimaal zes maanden aanhoudt en er minimaal drie van de zes angstsymptomen aanwezig zijn. Deze symptomen zijn: rusteloosheid, snel vermoeid raken, moeite met de concentratie, prikkelbaarheid, spierspanning en moeite met slapen (APA, 2022). De DSM-5-TR onderscheidt zeven angststoornissen die bij kinderen voor kunnen komen: 1) separatieangststoornis, een overdreven angst om gescheiden te worden van huis of naaste; 2) selectief mutisme, het niet spreken in specifieke sociale situaties; 3) specifieke fobie, een angst voor een specifieke prikkel of situatie; 4) sociale angststoornis, een angst voor sociale situaties; 5) paniekstoornis, het plotseling ontstaan van intense angst in begrensde periodes; 6) agorafobie, een angst voor een plaats of situatie waaruit men moeilijk kan ontsnappen en 7) gegeneraliseerde angststoornis, een buitensporige angst en bezorgdheid voor meerdere prikkels en/of situaties (APA, 2022; Muris, 2014). Verschillende angststoornissen komen vaak tegelijk met elkaar voor (Verhulst, 2020).

Net als bij andere psychiatrische aandoeningen is er bij het ontwikkelen van een of meer angststoornissen sprake van risico- en beschermende factoren. Voorbeelden van risicofactoren zijn negatieve leerervaringen, negatieve levensgebeurtenissen en een onveilige hechting met

de ouders (Muris, 2014). Een voorbeeld van een beschermende factor is gedragscontrole, wat inhoudt dat een kind in staat is eigen (angstig) gedrag af te remmen (Rothbart et al., 2004).

Angststoornissen zijn bij kinderen over het algemeen vrij goed te behandelen (Verhulst, 2020). De meest voorkomende behandelingsvormen bij kinderen zijn CGT, psychodynamische psychotherapie, interventies gericht op zelfcontrole en medicatie (Van Rooijen-Mutsaers, 2013). CGT is een effectieve behandelingsvorm voor angststoornissen bij kinderen gebleken (Arnardóttir & Skarphedinsson, 2023; Wergeland et al., 2021). CGT heeft de voorkeur bij behandeling voor angststoornissen (Van Rooijen-Mutsaers, 2013).

Cognitieve gedragstherapie

Bij CGT worden negatieve denkpatronen omgezet in nieuwe, positieve denkpatronen (Foolen & Ince, 2013). CGT wordt bij angststoornissen ingezet om vaardigheden aan te leren waarmee angstsymptomen kunnen worden beheerst (Van Rooijen-Mutsaers, 2013). Bij CGT staan vijf componenten centraal, namelijk: psycho-educatie, vaardigheidstraining, cognitieve herstructurering, methoden van blootstelling en plannen voor het voorkomen van terugval. Bij psycho-educatie wordt er aan de ouders en het kind zelf uitleg gegeven over de angst, de mogelijke oorzaken en de manier waarop de angst verminderd kan worden. Bij de vaardigheidstraining leert het kind om te gaan met situaties waarin angst optreedt en leert het kind wat het in de situatie moet doen. Bij cognitieve herstructurering worden de aanwezige angstige gedachten van het kind besproken en worden deze omgezet in positieve gedachten. Bij methoden van blootstelling wordt het kind blootgesteld aan situaties waarin de angst zich normaal gesproken voordoet. Tenslotte zijn na de behandeling vaak sessies gepland om een terugval te voorkomen (Van Rooijen-Mutsaers, 2013).

Het is bekend dat CGT bij kinderen in sommige gevallen beter werkt dan in andere (Pegg et al., 2022; Kunas et al., 2021). Uit onderzoek van Möller en Bögels (2017) naar de rol van ouders bij sociale angst blijkt dat CGT beter werkt bij een sociale angststoornis dan bij

andere angststoornissen. Tevens kwam hieruit naar voren dat CGT beter werkt wanneer de ouders niet betrokken zijn tijdens de behandeling. Meer onderzoek is gedaan naar de invloed van opvoedingsstijlen op de werking van CGT bij kinderen. In het onderzoek van Van Doorn et al. (2017) is de stijl van de opvoeding van de moeder als mogelijke invloed op de werking van de behandeling meegenomen. Dit is gemeten met behulp van de 'Egna Minnen Beträffande Uppfostran (EMBU), waarin warmte, afwijzing en overbescherming in de opvoeding wordt beoordeeld door zowel de ouder als het kind (Arrindell et al., 1983). Uit het onderzoek van Van Doorn et al. is gebleken dat opvoedingsstijlen, vanuit perceptie van zowel de ouder als het kind, in het geheel geen significante invloed had op het effect van de CGT-behandeling. Hieruit komt naar voren dat de opvoedingsstijl van de ouders geen voorspellende waarde heeft voor de uitkomst van de behandeling en dat de invloed van opvoeding op angst wellicht overschat wordt (Van Doorn et al., 2017). Deze resultaten komen niet overeen met het onderzoek van Festen et al. (2013), waaruit naar voren komt dat de stijl van de opvoeding van de moeder wel effect heeft op de werking van de CGT-behandeling. Genegenheid en emotionele warmte van de moeder lieten in dit onderzoek een associatie zien met het behandelingsresultaat van de angststoornis van het kind (Festen et al., 2013). Omdat de uitkomsten van deze onderzoeken niet overeenkomen, is verder onderzoek naar de invloed van de opvoedingsstijl op de effectiviteit van CGT noodzakelijk.

Opvoedingsstijl en overbescherming

Gezinsfactoren kunnen zowel een risico- als een beschermende factor zijn voor het ontwikkelen van angststoornissen bij kinderen (Muris, 2014). De opvoedingsstijl van de ouders kan invloed hebben op de mate waarin een kind angst ervaart (Möller & Bögels, 2017; Markus et al., 2003). Er zijn drie opvoedingsgedragingen die gerelateerd zijn aan (sociale) angst bij kinderen, namelijk: afwijzing, overbescherming en overcontrole (Möller & Bögels, 2017). Een afwezigheid van warmte in de opvoedingsstijl kan ook een invloed hebben op het ontwikkelen

van angststoornissen bij het kind (Van Doorn et al., 2017). Bekend is dat overbescherming een sterkere relatie met angststoornissen van het kind heeft dan afwijzing en een gebrek aan warmte (McLeod et al., 2007). Bij overbescherming verbieden of beperken ouders het kind activiteiten uit te voeren die passen bij de leeftijd van het kind. Dit leidt ertoe dat het kind een overmatige afhankelijkheid creëert ten aanzien van de ouders, wat een negatieve invloed heeft op de autonomie-ontwikkeling van het kind (Van Petegem et al., 2019). Overbeschermende ouders hebben weinig vertrouwen in het autonoom handelen van het kind zelf, wat kan leiden tot een gebrek aan zelfredzaamheid bij het kind (Lonefeldt, 2017).

In het onderzoek van Van Doorn et al. (2017) is de invloed van overbescherming niet apart onderzocht. Onderzoek naar de door het kind ervaren overbescherming zou nieuwe inzichten kunnen toevoegen aan het reeds bestaande onderzoek naar de invloed van de opvoedingsstijl van ouders op het effect van CGT. De ervaring van het kind is belangrijk te onderzoeken, aangezien kinderen overbescherming anders ervaren dan hun ouders (Van Petegem et al., 2019). Het beeld dat kinderen hebben van de opvoeding van hun ouders blijkt volgens Hendriks et al. (2018) beter overeen te komen met de werkelijkheid dan het beeld van de ouders zelf.

Een gevolg van overbescherming is dat kinderen weinig zelfredzaamheid ervaren (Van Petegem et al., 2019). Kinderen die worden overbeschermd proberen hun gedachten te controleren en te laten overeenkomen met wat anderen van hen verwachten (Lonefeldt, 2017; Van Petegem, 2013). Omdat bij CGT de denkpatronen van het kind centraal staan en deze denkpatronen bij kinderen die overbeschermd worden beïnvloed worden door de ouders, lijkt een invloed van de overbescherming op de werking van CGT voor de hand liggend (Foolen & Ince, 2013; Lonefeldt, 2017).

Het feit dat CGT voor kinderen beter werkt wanneer ouders niet bij de behandeling zijn betrokken bevestigt dat het belangrijk is specifiek te richten op de ervaring van het kind (Möller

& Bögels, 2017). Wanneer het kind zelf overbescherming ervaart, leidt dit tot frustratie bij het kind (Kakihara et al., 2010). Deze frustratie zou de effectiviteit van de behandeling in de weg kunnen zitten. Op basis hiervan is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: **In hoeverre beïnvloedt de mate waarin het kind ouderlijke overbescherming ervaart het effect van cognitieve gedragstherapie op de angstklachten van het kind?**

De verwachting is dat voor kinderen die overbescherming ervaren, de CGT-behandeling minder goed werkt. Deze kinderen zijn naar verwachting minder vatbaar voor de werking van CGT, omdat ze niet los van hun ouders hun gedachtepatronen kunnen en/of willen veranderen (Leonfeldt, 2017). Zij ervaren minder autonomie en zijn daardoor minder goed in staat hun angstige gedachten aan te pakken en te veranderen (Van Petegem et al., 2019). Daarnaast kan frustratie bij het kind door ervaren overbescherming de effectiviteit van de behandeling van CGT negatief beïnvloeden (Kakihara et al., 2010).

Methode

Om te onderzoeken in hoeverre de mate waarin het kind ouderlijke overbescherming ervaart het effect van cognitieve gedragstherapie beïnvloedt, zijn de data uit het onderzoek van Van Doorn et al. (2017) gebruikt. Het onderzoek van Van Doorn et al. is een kwantitatief experimenteel onderzoek, waarin twee soorten behandelingen met elkaar zijn vergeleken, namelijk CGT en de gebruikelijke behandeling (TAU; treatment as usual). De TAU bestond voor bijna 100% uit CGT. In het huidige onderzoek zijn beide condities samengevoegd als CGT-behandeling, omdat beide effectief zijn gebleken voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen (Van Doorn et al., 2017).

Participanten

De participanten van dit onderzoek waren 88 basisschoolleerlingen tussen de zeven en twaalf jaar oud. Het inclusie criterium hierbij was dat de kinderen waren gediagnosticeerd door ervaren klinici. De exclusiecriteria waren 1) een primaire diagnose van een posttraumatische

stressstoornis, een specifieke fobie of een obsessief-compulsieve stoornis, 2) een IQ-score van lager dan 80 en 3) een nood voor onmiddellijke interventie om het kind of de familie te beschermen tegen schade.

De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 9.98 jaar oud met een standaarddeviatie van 1.32. De participantengroep bestond voor het merendeel uit meisjes (65.9%, jongens waren 34.1%). Bijna 90% van de kinderen leefde ten tijde van het onderzoek met zowel de biologische moeder als de biologische vader.

De gemiddelde leeftijd van de moeders was 43.4 jaar oud. Het opleidingsniveau dat het meest voorkwam onder de moeders was het middelbaar beroepsonderwijs (32.5%). Hierna volgden het hoger beroepsonderwijs (21.7%) en het wetenschappelijk onderwijs (15.7%). Meer dan de helft van de moeders was getrouwd (66.3%).

Procedure

De participanten zijn via twee procedures verworven: in de eerste procedure zijn alle kinderen tussen de zeven en twaalf jaar oud, die tussen januari 2012 en januari 2014 waren verwezen naar één van de drie deelnemende centra voor geestelijke gezondheidszorg, en hun moeders gevraagd de 'Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders' (SCARED) in te vullen om de angstsymptomen te meten. Kinderen die hierop een hoge score hadden ('high' of 'at risk'), werden meegenomen in het onderzoek. In de tweede procedure zijn basisscholen benaderd mee te doen in het onderzoek, waar kinderen uit groep 6 tot en met 8 en hun ouders gevraagd werden de SCARED in te vullen. Als hier een hoge score ('high' of 'at risk') uitkwam, werden de kinderen in overleg met de ouders gescreend op geschiktheid voor een van de deelnemende centra voor geestelijke gezondheidszorg. Voor deze kinderen is een diagnose gesteld door ervaren klinici volgens de gebruikelijke wijze binnen de instellingen. Deze kinderen werden vervolgens meegenomen in het onderzoek.

Kinderen die aan de inclusiecriteria voldeden zijn samen met hun moeders geïnformeerd en gevraagd schriftelijk toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek. De condities (CGT en TAU) zijn willekeurig toebedeeld aan alle kinderen. Het onderzoek had vier meetmomenten, namelijk een voormeting, een nameting en twee follow-ups (6 en 12 maanden na de behandeling). De behandeling duurde drie maanden. Tijdens de behandeling hadden de onderzoeksassistenten (studenten met een bachelor- of masteropleiding in de sociale wetenschappen) wekelijks telefonisch contact met de kinderen en hun moeders. Alle sessies van de behandeling zijn door de therapeuten opgenomen.

De data zijn in het onderzoek van Van Doorn et al. (2017) reeds gepseudonimiseerd. Dit onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Meetinstrumenten

Angstsymptomen van het kind

Om de angstsymptomen van het kind te meten is gebruikgemaakt van de SCARED (Muris et al., 2007). De SCARED indiceert de aanwezigheid van angstsymptomen en is geschikt voor kinderen en jongeren van zeven tot negentien jaar oud. De SCARED bevat zowel een kindrapport (C), ingevuld door het kind, als een ouderrapport (P), ingevuld door de ouder, met voor beide 69 items in totaal. In dit onderzoek is alleen het kindrapport meegenomen, aangezien de ervaring van het kind centraal staat. De SCARED bestaat uit negen subschalen, namelijk: separatieangststoornis (twaalf items), paniekstoornis (dertien items), specifieke fobie (diertype, medisch type en situationeel type) (dertien items), sociale fobie (zeven items), obsessief-compulsieve stoornis (negen items), posttraumatische en acute stressstoornis (vier items) en gegeneraliseerde angststoornis (negen items). Elke subschaal heeft een verdeling van de scores in laag, normaal, hoog en risico. In het huidige onderzoek wordt enkel gekeken naar de totale score van het kind. De antwoordcategorieën bij elke vraag zijn 1) bijna nooit, 2) soms

en 3) vaak. Een voorbeeld van een item is: *‘Als ik bang ben, vind ik het moeilijk om adem te halen.’*

De SCARED is een valide meetinstrument gebleken voor het meten van angstsymptomen bij kinderen (Birmaher et al., 1997; Muris et al., 2007). De betrouwbaarheid van de totaalscore van de SCARED-C is gemeten met behulp van de Cronbach's alpha. Deze was 0.91. Volgens de richtlijnen van George en Mallery (2003) wordt de betrouwbaarheid gezien als uitstekend.

Ervaren ouderlijke overbescherming door het kind

Om de ouderlijke overbescherming ervaren door het kind te meten is gebruik gemaakt van de Egna minnen betreffende opvoeding, ingevuld door het kind (EMBU-C) (Markus et al., 2003). Het ouderrapport (EMBU-P) is niet meegenomen, omdat het in dit onderzoek specifiek gaat over de overbescherming die door het kind wordt ervaren. De EMBU-C heeft twee versies, namelijk een voor de moeder en een voor de vader. In dit onderzoek zijn beide versies bij de kinderen afgenomen. De EMBU-C meet de opvoedingsstijl van de ouders en bevat 40 items in totaal. Het kindrapport bestaat uit vier subschalen, namelijk verwaarlozing, emotionele warmte, overbescherming en angstig. In dit onderzoek is alleen de subschaal overbescherming meegenomen. Deze subschaal bestaat uit tien items. De antwoordcategorieën bij elke vraag zijn 1) nee, nooit, 2) ja, maar zelden, 3) ja, vaak en 4) ja, meestal. Een voorbeeld van een item is: *‘Als ik thuiskom moet ik aan mijn ouders vertellen wat ik heb gedaan.’*

De subschaal overbescherming van de EMBU-C is valide gebleken (Young et al., 2013). De betrouwbaarheid van de subschaal overbescherming is gemeten met behulp van een Cronbach's alpha van 0.65. Volgens de richtlijnen van George en Mallery (2003) wordt deze gezien als twijfelachtig.

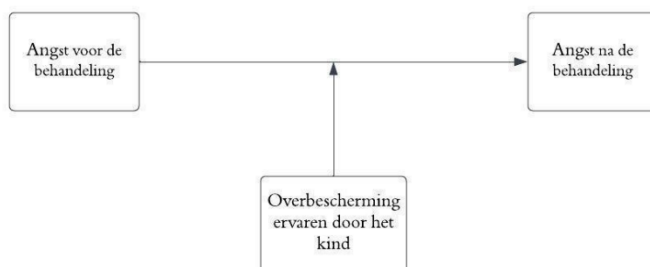
Statistisch analyseplan

Voor de angstsymptomen voorafgaand aan en na de behandeling zijn de gemiddelden en standaarddeviaties berekend. Daarnaast is voor deze variabelen een verschilscore berekend en een t-toets voor gepaarde waarnemingen uitgevoerd om na te gaan of er sprake was van een significant verschil. Voor de ervaren overbescherming door het kind zijn het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend. Om na te gaan of de variabelen onderling significant met elkaar samenhangen zijn de correlaties berekend.

In dit onderzoek is gekeken of de door het kind ervaren overbescherming een moderator is voor de relatie tussen de effectiviteit van de CGT-behandeling en de angststoornis van het kind. Figuur 1 laat hiervan het conceptueel model zien. De angstsymptomen voorafgaand aan de CGT-behandeling was de onafhankelijke variabele en de angstsymptomen na de CGT-behandeling de afhankelijke variabele. De ervaren overbescherming door het kind was de derde, modererende variabele. Om te onderzoeken of de ervaren overbescherming door het kind een moderator is tussen de angstsymptomen voorafgaand aan de CGT-behandeling en de angstsymptomen na de CGT-behandeling is een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd. De onafhankelijke variabelen zijn voorafgaand aan de regressieanalyse gecentreerd.

Figuur 1

Conceptueel model van de meervoudige regressieanalyse met moderator



Voor het onderzoek is gekeken naar de drie assumpties voor het uitvoeren van een meervoudige regressieanalyse: 1) een normale verdeling van de residuen; 2) gelijke varianties

(homoscedasticiteit) en 3) geen sterke samenhang tussen de onafhankelijke variabelen (multicollineariteit). Met een histogram is gekeken of de residuen van de variabelen normaal zijn verdeeld. Het histogram laat zien dat de variabele overbescherming redelijk normaal verdeeld is. Dit is niet het geval voor de variabelen angst op zowel de voor- als de nameting en daarmee is niet geheel voldaan aan de assumptie van normaliteit. Met een scatterplot is gekeken of er sprake is van homoscedasticiteit. In de scatterplot liggen de punten in de meeste gevallen verder uit elkaar. Daarmee is niet voldaan aan de assumptie van homoscedasticiteit. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten is nodig. Met de Variation Inflation Factor (VIF) is gekeken of er sprake is van multicollineariteit. VIF is 1.04, wat kleiner is dan de grenswaarde van 2.5. Er lijkt dus geen sprake te zijn van multicollineariteit.

Resultaten

Aan het onderzoek hebben 88 kinderen met hun moeders meegedaan. De SCARED-C is in de voormeting op een na door alle kinderen ingevuld. In de nameting van de SCARED-C ontbreken daarentegen negentien resultaten. Ook de subschaal overbescherming van de EMBU-C is niet door iedereen ingevuld. Hier ontbreken negen resultaten. Tabel 1 geeft de gemiddelden en de standaarddeviaties voor de SCARED-C en voor de subschaal overbescherming van de EMBU-C. Een gemiddelde van 42.77 wijst op een sterke mate van ervaren overbescherming. Voor de SCARED-C is gekeken naar de voor- en nameting en is een verschilscore berekend. Het gemiddelde van de angstsymptomen op zowel de voor- als de nameting viel in de categorie 'Normaal'. De totaalscore van de angstsymptomen op de nameting was kleiner dan de totaalscore van de angstsymptomen op de voormeting, wat wijst op een afname van de angstsymptomen. Om na te gaan of deze afname significant is, is een t-toets voor gepaarde waarnemingen uitgevoerd. Hieruit kwam een t-waarde van 5.61 met een p-waarde van <0.001 , wat wijst op een significant verschil.

Tabel 1*Beschrijvende statistieken*

	<i>n</i>	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Overbescherming EMBU-C	79	42.77	5.83
Totaalscore voormeting SCARED-C	87	53.28	18.01
Totaalscorenameting SCARED-C	69	37.26	21.51
Verschilscore SCARED-C	68	14.54	21.39

Om de onderlinge relaties tussen de variabelen te bekijken, zijn correlaties berekend. Tabel 2 laat zien dat enkel de angst op de voor- en nameting significant met elkaar samenhangen.

Tabel 2*Correlaties*

		Overbescherming	Angst voor	Angst na
Overbescherming	Correlatie	1	0.20	0.19
	p-waarde		0.08	0.12
Angst voor	Correlatie	0.20	1	0.48
	p-waarde	0.08		<0.001
Angst na	Correlatie	0.19	0.48	1
	p-waarde	0.12	<0.001	

Om na te gaan of de door het kind ervaren ouderlijke overbescherming invloed heeft op het effect van de behandeling, is een meervoudige regressieanalyse met moderator uitgevoerd. Hieruit bleek dat 18% (met een standaardfout van 19.98) van de variantie van de angst op de nameting kan worden verklaard door het regressiemodel ($R^2 = .179$; $F(3.61) =$

5.64; $p = 0.002$). Uit Tabel 3 blijkt dat voor de meervoudige regressie met moderator de significantieniveaus van zowel overbescherming op zichzelf als de moderatie groter waren dan de alfa-grenzen van 0.05. Dit komt overeen met de niet significante correlaties die zijn gevonden.

Tabel 3

Meervoudige regressie met moderator

	Coëfficiënt	p-waarde	Standaardfout	t
Angst voormeting	0.49	<0.001	0.13	3.71
Overbescherming	0.41	0.34	0.42	0.97
Angst voormeting en overbescherming	0.01	0.78	.002	0.26

Een post-hoc poweranalyse is uitgevoerd om na te gaan of de studie genoeg power had om een effect aan te tonen. Hieruit kwam een geobserveerde power van 0.91. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat de studie genoeg power had en dat daarmee de gevonden resultaten uit het onderzoek betrouwbaar zijn.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het leveren van een bijdrage aan de reeds bestaande kennis rondom de invloed van de opvoedingsstijl van ouders op de werking van CGT bij kinderen met een angststoornis. Centraal in dit onderzoek stond de ervaren ouderlijke overbescherming door het kind. De vraagstelling hierbij luidde: **In hoeverre beïnvloedt de mate waarin het kind ouderlijke overbescherming ervaart het effect van cognitieve gedragstherapie op de angstklachten van het kind?** Uit de resultaten is gebleken dat er na de CGT-behandeling gemiddeld genomen sprake was van een significante afname van de angstsymptomen. Daarnaast is gebleken dat de overbescherming die het kind door de ouders ervaart, geen invloed heeft op de werking van CGT. Dit betekent dat de werking van CGT

gelijk is voor kinderen die wel overbescherming ervaren als voor kinderen die dat niet doen. Dit ligt in lijn met het onderzoek van Van Doorn (2017), waaruit bleek dat de opvoedingsstijl in het geheel geen significante invloed heeft op de werking van CGT. In huidig onderzoek werd echter verwacht dat voor kinderen die ouderlijke overbescherming ervaren, CGT minder goed werkt, gezien het feit dat deze kinderen minder autonomie ervaren en los van hun ouders hun denkpatronen niet kunnen en/of willen veranderen (Van Petegem et al., 2019; Leonfeldt, 2017).

Dat de uitkomst van het onderzoek tegen de verwachting ingaat kan meerdere verklaringen hebben. Ten eerste is het mogelijk dat het beeld van de invloed van de ervaren overbescherming niet overeenkomt met de werkelijkheid. Uit de resultaten blijkt dat de gemiddelde ervaren overbescherming van de kinderen hoog is. Indien meer kinderen een lagere score hadden gehad op ervaren overbescherming, lag het gemiddelde in een lagere range. Dit had wellicht een meer realistisch beeld gegeven van de invloed van de ervaren overbescherming. Ten tweede is het aannemelijk dat de overbescherming van ouders een gangbare bijkomstigheid is wanneer het kind angstklachten ervaart. Er kan zich een causale relatie bevinden tussen het ouderlijk gedrag en de mentale gesteldheid van het kind. Wanneer een kind zich angstig voelt, kan dit immers zorgen oproepen bij de ouder(s), leidend tot gedrag wat als overbeschermend wordt ervaren (Festen et al., 2013). Met andere woorden, de door het kind ervaren ouderlijke overbescherming heeft een relatie met de angststoornis zelf en niet met het effect van de behandeling hiervoor. Het zou voor vervolgonderzoek interessant zijn te kijken naar een eventuele afname van ervaren overbescherming naarmate het kind minder angstig wordt. Ook kan de ouderversie van de EMBU meegenomen worden, om de door het kind ervaren overbescherming te vergelijken met de overbescherming in de ogen van de ouders zelf. Zo kan worden nagegaan of de kindversie hoger uitvalt dan de ouderversie, wat het idee dat het kind door zijn angsten gedrag van ouders als overbeschermend ervaart ondersteunt. Ten

derde kan de leeftijd van het kind een rol spelen bij de mate waarin de ervaren overbescherming het effect van CGT wel of niet beïnvloedt. In de leeftijd van vier tot twaalf jaar neemt de autonomie van een kind steeds meer toe (Meij, 2011). Een kind met autonomie is beter in staat zelf keuzes te maken en wordt hierbij minder beïnvloed door de ouders (Deci & Ryan, 2000). Overbescherming van de ouders zou hierdoor minder effect op het kind kunnen hebben en dus ook minder invloed op de effectiviteit van de behandeling. De kinderen uit dit onderzoek waren gemiddeld tien jaar oud. Het feit dat de kinderen in dit onderzoek tegen de bovengrens van de leeftijdsgroep aanzitten en daarmee autonomer zijn dan jongere kinderen kan verklaren waarom de ervaren overbescherming geen invloed heeft op de werking van de behandeling. Leeftijdseffecten zijn relevant en een interessant aspect om naar te kijken in vervolgonderzoek.

Sterke punten en limitaties

Huidig onderzoek kent een aantal sterke punten. Ten eerste is het onderzoek uitgevoerd en de data verzameld in de klinische praktijk. Dit wil zeggen dat de kinderen die deelnamen aan dit onderzoek in een natuurlijke setting de CGT-behandeling hebben gekregen, namelijk in een van de centra voor geestelijke gezondheidszorg in Nijmegen. Hierdoor is de ecologische validiteit van het onderzoek hoog. Ten tweede hebben de meetinstrumenten over het algemeen goede psychometrische eigenschappen. De meetinstrumenten voor het meten van zowel de angstsymptomen van het kind als de door het kind ervaren overbescherming zijn onderzocht op hun validiteit en valide gebleken (Muris et al., 2007; Young et al., 2013). De betrouwbaarheid van het meetinstrument voor ervaren overbescherming is volgens de richtlijnen van George en Mallery (2003) in dit onderzoek uitstekend. De betrouwbaarheid van het meetinstrument voor de angstsymptomen is in dit onderzoek daarentegen matig (George & Mallery, 2003). Dit is één van de beperkingen van huidig onderzoek, die verderop in dit hoofdstuk zullen worden besproken. Ten derde zijn in dit onderzoek zowel de vader als de moeder meegenomen bij de door het kind ervaren overbescherming. De meeste studies richten

zich alleen op de moeder wanneer het gaat om ouderlijke overbescherming (Lamb & Lewis, 2010). Daarmee geeft dit onderzoek een breder beeld dan andere studies. Voor vervolgonderzoek zou het nog interessant zijn te focussen op de overbescherming die het kind door alleen de vader ervaart. Vaders hebben in de opvoeding een andere rol dan moeders en zij hebben daarmee een uniek effect op het leven en de mentale gesteldheid van het kind (Henry et al., 2020). Dit doet vermoeden dat overbescherming van de vader tevens een ander effect heeft op het kind dan overbescherming van de moeder.

Naast de reeds benoemde matige betrouwbaarheid van het meetinstrument voor het meten van de door het kind ervaren overbescherming kent dit onderzoek nog een aantal andere limitaties. Een tweede limitatie is het niet geheel voldoen aan de assumpties van normaliteit en homoscedasticiteit voor het uitvoeren van een multipale regressieanalyse. Hierdoor moet het trekken van conclusies op basis van dit onderzoek met beleid worden gedaan. Het is wenselijk dat in het vervolg gelijksoortige onderzoeken worden uitgevoerd met grotere steekproeven waarvoor de assumpties wel opgaan. Beter was geweest in dit onderzoek non-parametrisch te toetsen, als oplossing voor het niet voldoen aan de assumpties. Ten derde zijn de gemiddelde angstsymptomen van de kinderen voorafgaand aan de behandeling normaal gebleken. Dit doet concluderen dat er gemiddeld genomen geen sprake was van sterke angstklachten bij de kinderen. Slechts veertien kinderen vielen bij de voormeting binnen de klinische range. Bij een angststoornis horen doorgaans sterkere klachten (Muris, 2014). De gemiddeld lagere angstsymptomen kunnen te maken hebben met het feit dat de kinderen uit de screening via scholen niet per se uit zichzelf hulp hadden gezocht. Een andere mogelijke verklaring voor een laag gemiddelde voor angstsymptomen voorafgaand aan de behandeling is dat de kinderen hun angstsymptomen lager hebben ingevuld dan dat deze daadwerkelijk zijn. Dit kan verschillende redenen hebben waarvan het te ver reikt hier verder op in te gaan, maar het staat vast dat vervolgonderzoek nodig is waarbij kritischer wordt gekeken naar de angstsymptomen van de

kinderen voordat zij aan onderzoek deelnemen. Verder zou het nuttig zijn ook naar de ouerversie van de SCARED te kijken voor een breder beeld van de angstsymptomen van het kind. De vierde limitatie van dit onderzoek is dat meerdere kinderen de nameting niet hebben ingevuld. Dit kan een vertekend beeld van de resultaten geven. Het zou kunnen dat kinderen om bepaalde redenen gestopt zijn met deelname aan het onderzoek, bijvoorbeeld omdat de behandeling eerder is geëindigd vanwege het verminderen of verdwijnen van de angstklachten. In dit geval zou een belangrijke groep ontbreken in de resultaten, omdat dit juist wijst op effectiviteit van de behandeling. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op factoren die mogelijke uitval kunnen voorspellen. Hierbij zou kunnen worden gekeken naar eventuele systematische verschillen tussen kinderen die wel en niet zijn uitgevallen.

Klinische implicaties

Uit huidig onderzoek blijkt dat de mate waarin het kind ouderlijke overbescherming ervaart geen invloed heeft op de werking van CGT bij angststoornissen. Dit levert een belangrijke bijdrage aan het reeds bestaande onderzoek naar de invloed van opvoedingsstijl op de werking van CGT, aangezien uitkomsten van eerder onderzoek op dit punt niet overeenkwamen (Van Doorn et al., 2017; Festen et al., 2013). Hierbij dient echter nogmaals te worden vermeld dat huidig onderzoek meerdere limitaties heeft, waardoor voorzichtigheid met het trekken van conclusies en het geven van adviezen is geboden. Vervolgonderzoek naar dit onderwerp wordt geadviseerd. Voor de klinische praktijk biedt dit onderzoek het inzicht dat kinderen die overbescherming ervaren net zo gebaat zijn bij CGT als kinderen die geen overbescherming ervaren. Uit eerder onderzoek is gebleken dat CGT in sommige gevallen beter werkt dan in andere. Daarom is het voor de klinische praktijk van belang te weten voor welke kinderen het minder goed werkt, om eventueel andere behandelingen aan te kunnen bieden (Pegg et al., 2022; Kunas et al., 2021). Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat

voor kinderen die overbescherming ervaren, geen andere behandeling dan CGT hoeft te worden gezocht.

Literatuurlijst

- Allen, J. L., Hawes, D. J., & Essau, C. (2021). *Family-based intervention for child and adolescent mental health : a core competencies approach*. Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arnardóttir, A., & Skarphedinsson, G. (2023). Comparative effectiveness of cognitive behavioral treatment, serotonin, and serotonin noradrenaline reuptake inhibitors for anxiety in children and adolescents: a network meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(2), 118–126. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2069858>
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S., (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (scared): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Boegels Protocol. (z.d.). Behandeling van angststoornissen.
- Bögels, M.S. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten: Met het cognitief-gedragstherapeutisch protocol denken+doen=durven*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Choque Olsson, N., Juth, P., Högberg Ragnarsson Emma, Lundgren, T., Jansson-Fröjmark, M., & Parling, T. (2021). Treatment satisfaction with cognitive-behavioral therapy among children and adolescents with anxiety and depression: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(2), 147–191. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.006>
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

- Festen, H., Hartman, C. A., Hogendoorn, S., de Haan, E., Prins, P. J. M., Reichart, C. G., Moorlag, H., & Nauta, M. H. (2013). Temperament and parenting predicting anxiety change in cognitive behavioral therapy: the role of mothers, fathers, and children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 289–97. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.001>
- Foolen, N., & Ince, D. (2013). Cognitieve gedragstherapie. *Nederlands Jeugdinstituut*.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update (4th ed.)*. Allyn & Bacon
- Henry, J. B., Julion, W. A., Bounds, D. T., & Sumo, J. N. (2020). Fatherhood matters: An integrative review of fatherhood intervention research. *The Journal of School Nursing*, 36(1), 19–32.
- Lamb, M. E., & Lewis, C. (2010). The development and significance of father-child relationships in two-parent families. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (5th ed., pp. 94–153). Wiley.
- Lønfeldt, N.N., Marin, C.E., & Silverman, W.K. (2017). The Role of Metacognitions in the Association between Children’s Perceptions of Maternal Control and Anxiety. *J Child Fam Stud* 26, 1398–1408. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0664-1>
- Markus, M. T., 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(3), 503–519.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155–72.
- Meij, H. (2011). De basis van opvoeding en ontwikkeling. *Nederlands Jeugdinstituut*.
- Möller, E., & Bögels, S. (2017). Sociale angst bij kinderen: de rol van ouders. In Ijzendoorn,

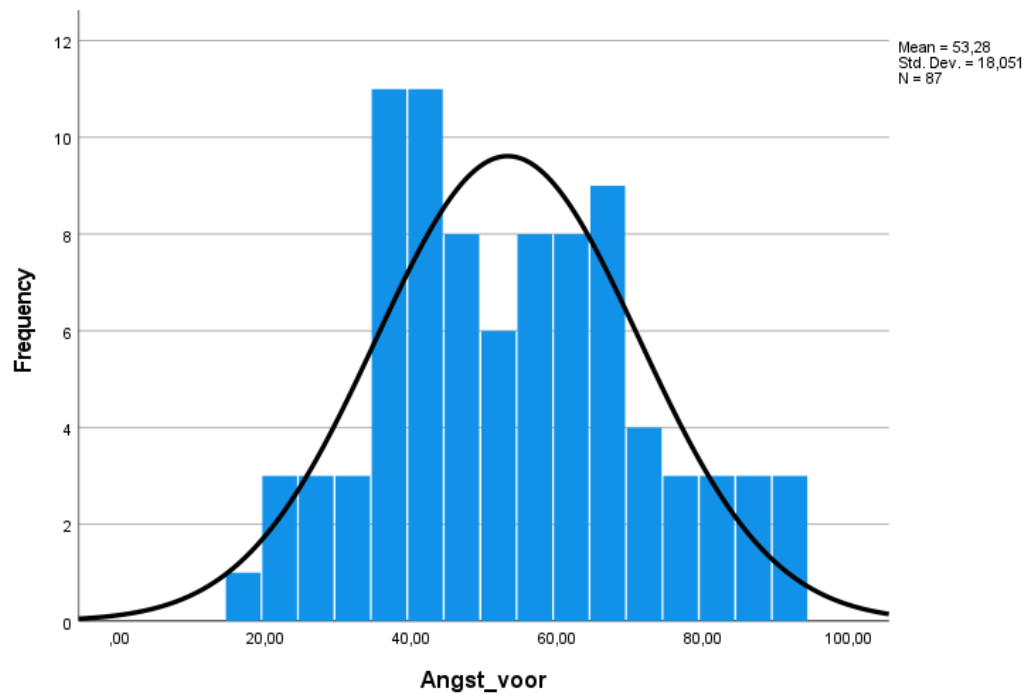
- M.H., & Rosmalen, L., van (Reds.), *Pedagogiek in beeld. Een inleiding in de pedagogische studie van opvoeding, onderwijs en hulpverlening* (pp. 265-274). Bohn Stafleu van Loghum.
- Muris, P. (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Muris, P., Bodden, D., Hale, W., Birmaher, B., & Mayer B. (2007). *SCARED-NL: Vragenlijst over angst en bang-zijn bij kinderen en adolescenten. Handleiding bij de gereviseerde Nederlandse versie van de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*. Boom test uitgevers.
- Schleider, J. L., Ginsburg, G. S., Keeton, C. P., Weisz, J. R., Birmaher, B., Kendall, P. C., Piacentini, J., Sherrill, J., & Walkup, J. T. (2015). Parental psychopathology and treatment outcome for anxious youth: roles of family functioning and caregiver strain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 213–224.
<https://doi.org/10.1037/a0037935>
- Van Doorn, M.M.E.M., Jansen, M., Bodden, M.D., Lichtwarck-Aschoff, A., & Granic, I. (2017). A Randomized Controlled Effectiveness Study Comparing Manualized Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Treatment-As-Usual for Clinically Anxious Children. *J Clin Trials* 7:330. doi:10.4172/2167-0870.1000330
- Van Lieshout, T., & Van Drenth, R. (2018). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen: een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Rooijen-Mutsaers, K. (2013). Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen? *Nederlands Jeugdinstituut*.
- Van Vliet, I. M. (2004). Inleiding: soorten angststoornissen, epidemiologie, etiologie/pathogenese. *Bijblijven*, 20(8), 291–296.
<https://doi.org/10.1007/BF03059797>

- Verhulst, F. C. (2020). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV.
- Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., & Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918–101918. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101918>
- Young, B. J., Wallace, D. P., Imig, M., Borgerding, L., Brown-Jacobsen, A. M., & Whiteside, S. P. (2013). Parenting behaviors and childhood anxiety: A psychometric investigation of the EMBU-C. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 1138-1146.

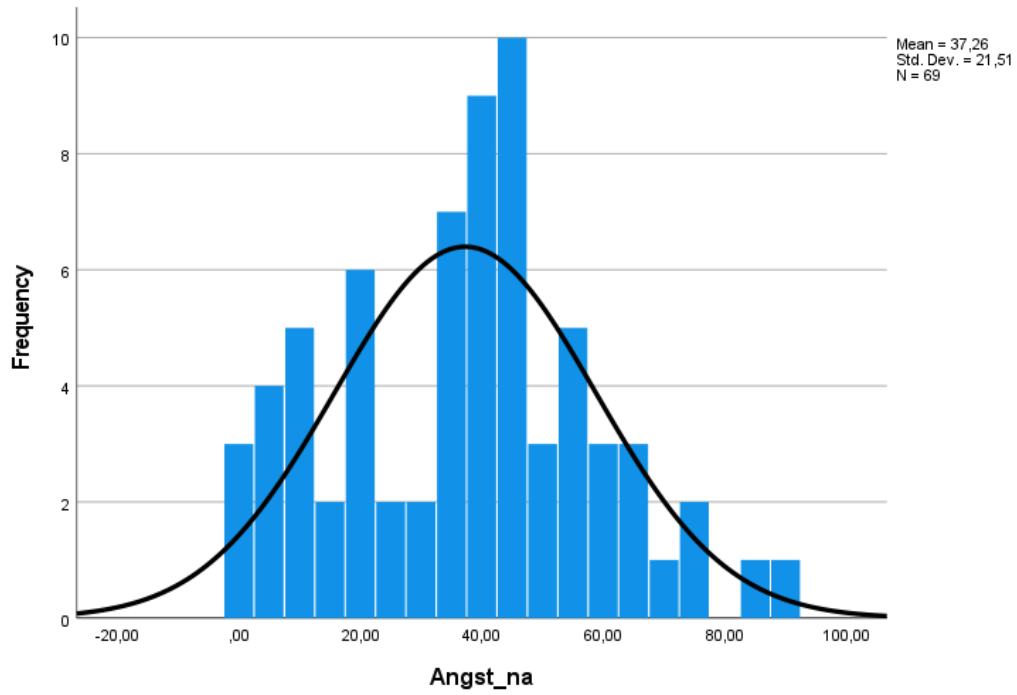
Bijlage 1:*Assumpties*

1. Normaliteit:

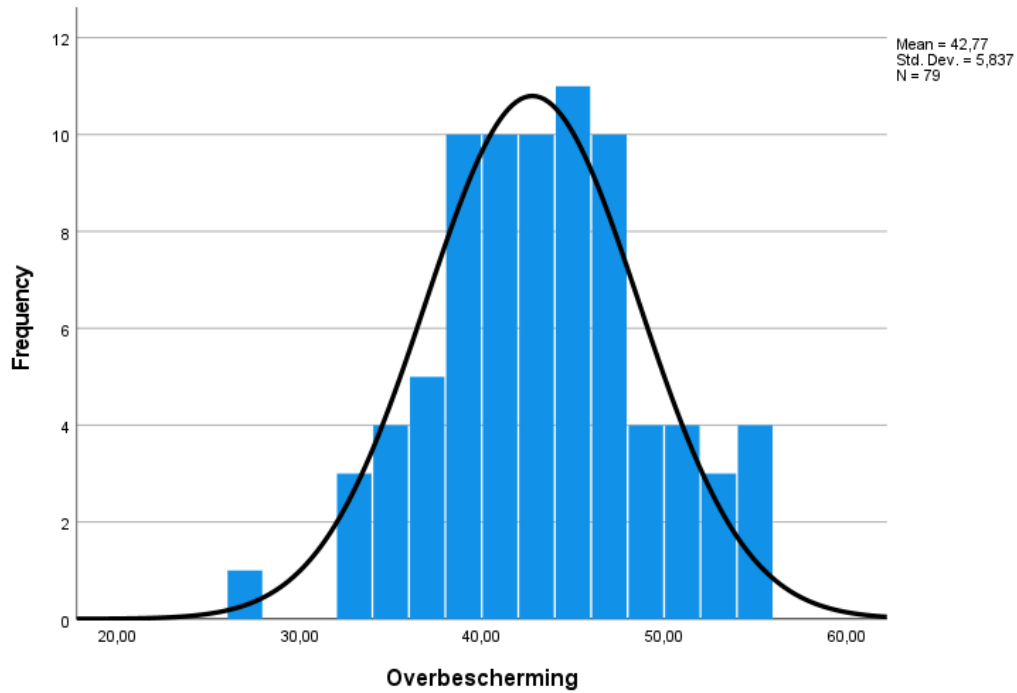
Angst op de voormeting



Angst op de nameting:

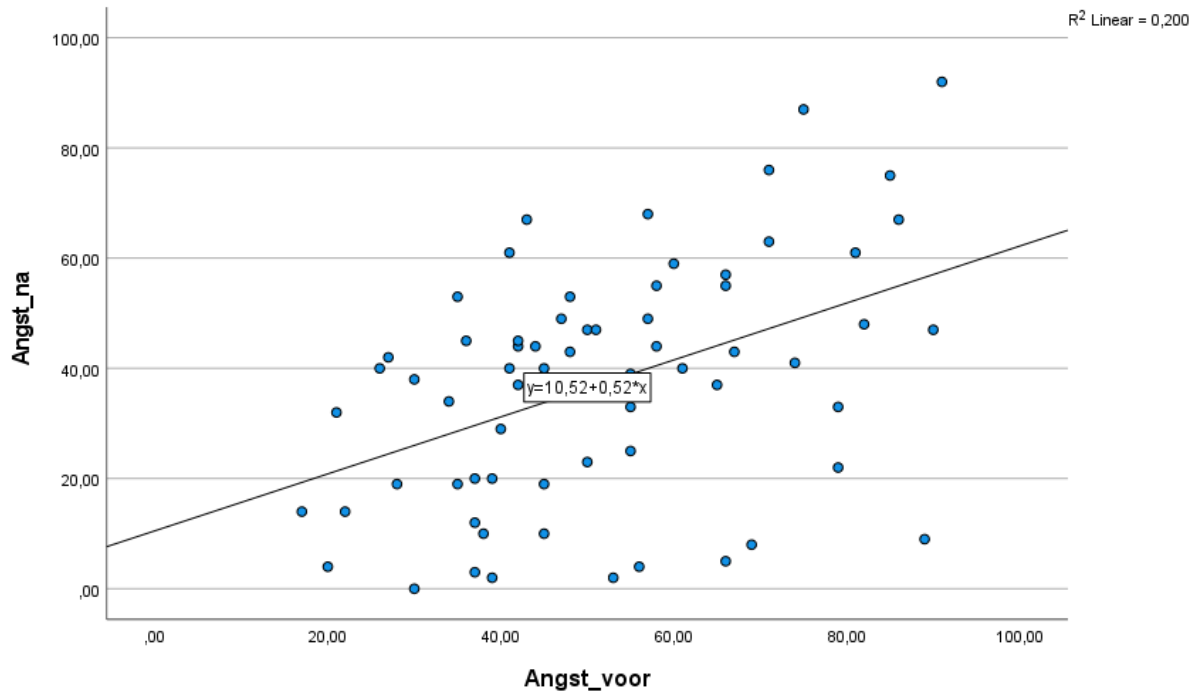


Overbescherming:

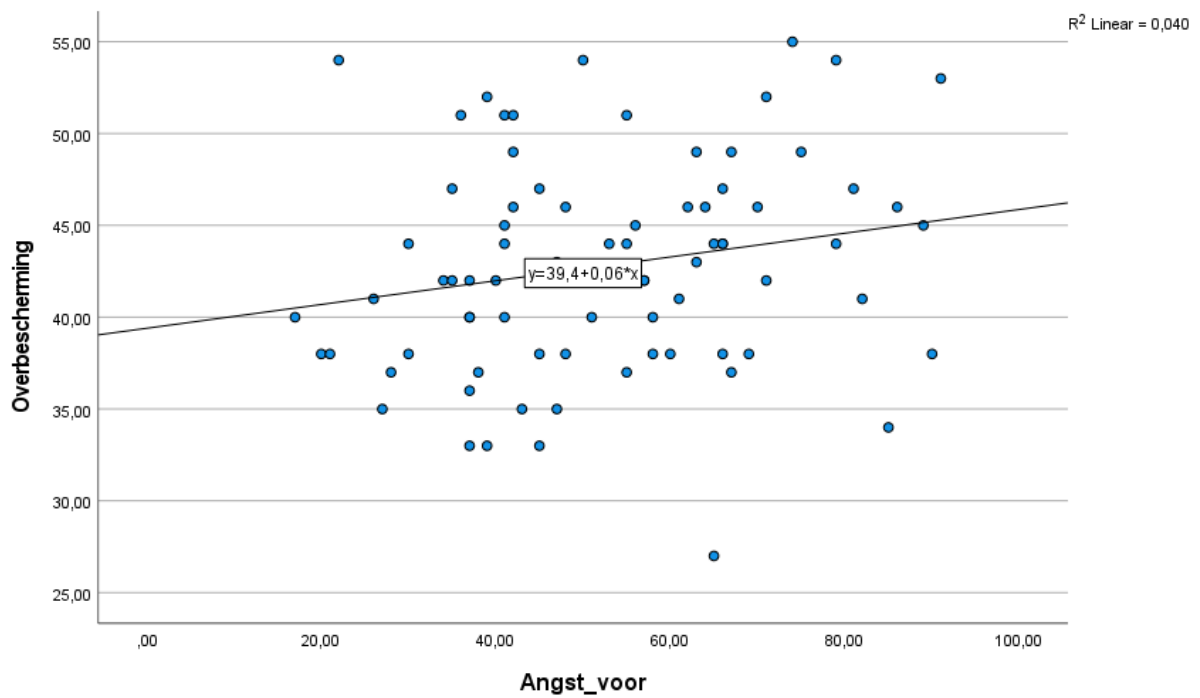


2. Homoscedasticiteit:

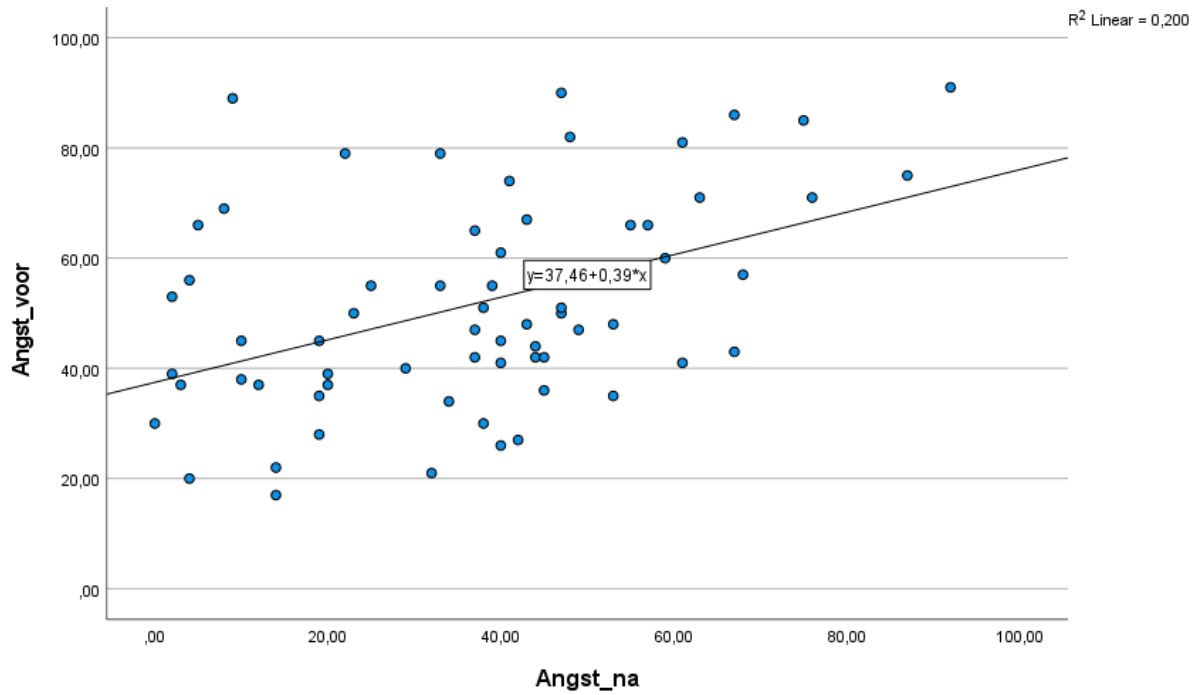
Angst voor en angst na:



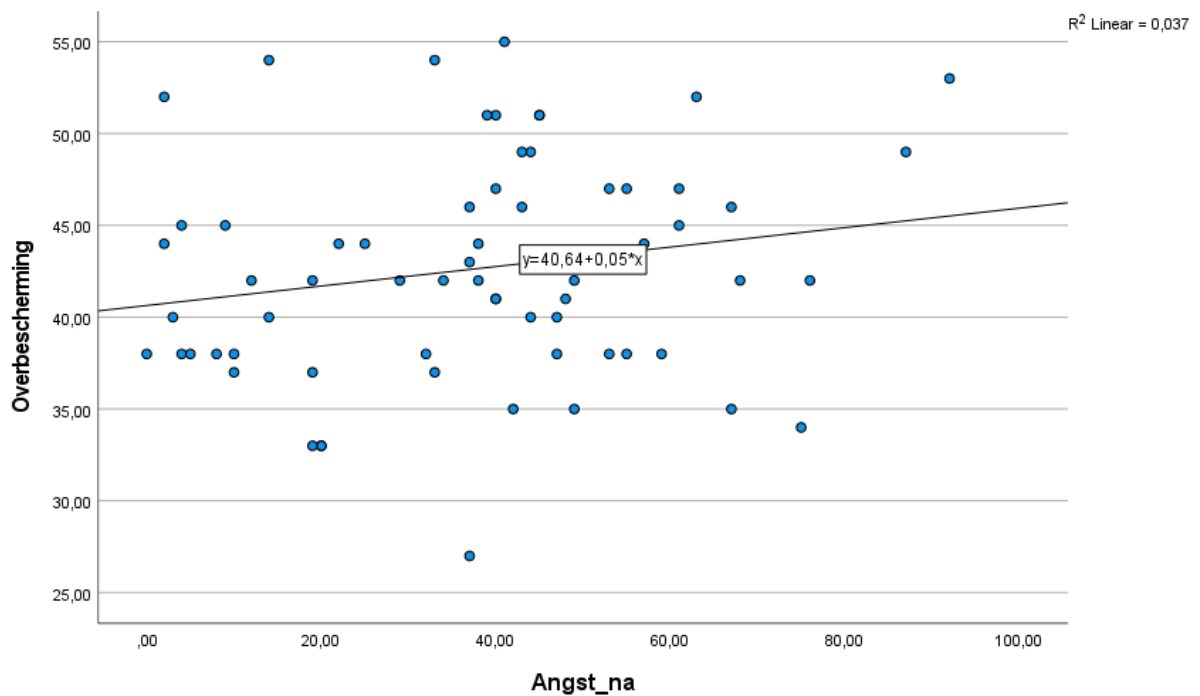
Angst voor en overbescherming:



Angst na en angst voor:



Angst na en overbescherming:



Overbescherming en angst voor:

