

**De Invloed van de Gezinssamenstelling en Opvoedingslast op de Behandelingsresultaten van Kinderen met
Angstproblematiek**

Nelleke L. Hoving (s4033302)

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

PABA-A412: Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen

Begeleider: dr. A. Lichtwark-Asschoff

2^e beoordelaar: prof. dr. H.T.A. Amsing

3 juni, 2022

Abstract

Cognitive behavioral therapy is a proven method of treatment for anxiety problems in children (Higa-McMillan et al., 2015; Van Rooijen, 2018). However, it does not work equally well for everyone, which is reflected in differences in the treatment outcomes (Davis et al., 2014). This study attempted to determine whether family composition and parenting load influence treatment outcomes. It was expected that children from a single-parent family achieve less good treatment outcomes and that parenting load partly explains the relationship between family composition and treatment outcomes. The data from the study by Van Doorn et al. (2017) was used. It had a sample of 88 families from the Netherlands, of which 69 took the pre- and post-test. The children's mean age was 10.14 years ($SD = 1.32$) and the mothers' mean age was 44.02 ($SD = 4.91$). An ANOVA determined whether there is a difference in treatment outcomes between children from a single-parent family and children from a two-parent family. The relationship between parenting load and treatment outcomes was determined by a correlation analysis. No difference was found in treatment outcomes between single-parent families ($N = 6$) and two-parent families ($N = 62$). Also, no relationship was found between the parenting load and the treatment outcomes ($r = .008$; $p = .950$). This study found no influence of family composition and parenting load on the treatment outcomes. This means that it cannot be said that children from a single-parent family would benefit more from an adjusted treatment. The study had limitations such as the low number of single-parent families, not using the SCARED subscales and the broad conception of single-parent families. Out of these limitations, requests have been made for further research. In addition, the request was made to examine the influence of the parental relationship on the treatment outcomes.

De Invloed van de Gezinssamenstelling en Opvoedingslast op de Behandelingsresultaten van Kinderen met Angstproblematiek

Angst is een normale emotie, die bestaat uit een reactie van de hersenen op een mogelijk gevaar. Het hebben van angst hoeft daarom niet gelijk te betekenen dat er psychopathologie aanwezig is, omdat het meestal een kortdurende reactie is om iemand te beschermen. Maar het kan ook uit de hand lopen, bijvoorbeeld wanneer iemand langdurig (6 maanden of meer) en/of buiten proportie angst ervaart die een negatieve invloed heeft op het dagelijks functioneren (American Psychiatric Association, 2015; Beesdo et al., 2009). Wanneer dit het geval is, kan er gesproken worden van een angststoornis (American Psychiatric Association, 2015; Rapee et al., 2009). Zonder behandeling kan een angststoornis invloed hebben op verschillende gebieden, zoals academisch, sociaal en/of in het gezin. Ook kan het een voorspeller zijn voor latere psychopathologie zoals depressie (Nail et al., 2014; Rapee et al., 2009). Om deze effecten van angstproblematiek te voorkomen is het dus van belang om zo snel mogelijk een behandeling op te starten.

Een van de meest gebruikte behandelingsmethodes bij kinderen en volwassenen met angstproblematiek is cognitieve gedragstherapie (Foolen et al., 2013). Het doel hierbij is om denkfouten die tot problemen en afwijkend gedrag lijden op te sporen en te corrigeren. De behandelend therapeut doet dit door de cliënt nieuwe vaardigheden aan te leren die hem of haar helpen om de angstsymptomen te kunnen beheersen (Foolen et al., 2013). Alleen is er nog weinig duidelijk over factoren die de behandelingsresultaten kunnen beïnvloeden (Davis et al., 2014). Daarom zal er bij dit onderzoek gekeken worden naar gezinssamenstelling en opvoedingslast als mogelijke factoren die cognitieve gedragstherapie zou kunnen beïnvloeden.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is bevonden tot een effectieve behandelingsmethode voor onder andere angstproblematiek (Higa-McMillan et al., 2015; Van Rooijen, 2018). In de werken van Elgersma en Arntz (2004) en Sigurvinsdóttir et al. (2019) wordt ook de effectiviteit van de behandeling besproken. Zij benoemen onder meer verschillende onderzoeken waaruit komt dat cognitieve gedragstherapie betere resultaten geeft dan een wachtlijstconditie (geen behandeling) of andere gangbare behandelingen die gebruikt wordt voor angstproblematiek. Daarbij komt nog uit het onderzoek van Davis et al. (2014) dat cognitieve gedragstherapie, in wat voor gegeven vorm dan ook, op de korte en lange termijn goede resultaten laat zien.

Bij cognitieve gedragstherapie wordt er gebruik gemaakt van verschillende strategieën die de therapeut kan toepassen om de angstproblemen bij de cliënt te laten afnemen. Veelgebruikte strategieën zijn hierbij: Psycho-educatie, het aanleren van coping strategieën, cognitieve herstructurering, exposure en terugvalpreventie (Foolen et al., 2013; Van Rooijen, 2018). Maar deze voorbeelden zijn nog maar een kleine greep uit alle strategieën die nog toegepast kunnen worden (Foolen et al., 2013; Higa-McMillan et al., 2015).

De behandelingsmethode wordt daarnaast ook aangepast op de karakteristieken en wensen van de cliënt. Hierbij kan gedacht worden aan het aanpassen van in de inhoud en de duur van de behandeling. Bijvoorbeeld bij jongere kinderen of bij mensen met een lager IQ, daarbij werkt de behandeling beter wanneer het tempo van de behandeling wordt aangepast en/of het ook op de ouders wordt gericht (Foolen et al., 2013; Van Rooijen, 2018). Ook wordt door rekening te houden met de wensen van de cliënt de motivatie voor de behandeling versterkt, wat een positieve invloed heeft op behandelingsresultaten (Foolen et al., 2013). Door deze cliëntgerichte aanpak zou iedereen de best passende behandeling krijgen die cognitieve gedragstherapie te bieden heeft (Higa-McMillan et al., 2015).

Echter, werkt cognitieve gedragstherapie niet altijd bij iedereen even goed en zijn factoren die de behandeling kunnen beïnvloeden nog niet allemaal duidelijk. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in dat sommige cliënten minder goede behandelingsresultaten halen bij de metingen tijdens/na de behandeling en bij de vervolgmetingen (Davis et al., 2014). Ook in het onderzoek van Levy et al. (2021) wordt er gesproken over een onduidelijkheid van factoren die mogelijk een 'relapse' in angstproblemen bij sommige cliënten kunnen veroorzaken. De verschillen in behandelingsresultaten zouden mogelijk dus beter verklaard kunnen worden wanneer er meer bekend wordt over factoren die het kunnen beïnvloeden.

Het weten van factoren die de behandeling kunnen beïnvloeden kan ook de behandelingsresultaten verbeteren. In de onderzoeken van Davis et al. (2014) en Victor et al. (2006) wordt namelijk benoemd dat de behandeling aangepast kan worden op factoren van de cliënt. Hierdoor zou het beter aansluiten en zou het de resultaten verbeteren. Hoe dit gedaan wordt is terug te zien in de onderzoeken van Victor et al. (2006) en Southam-Gerow et al. (2001). Hun benoemen namelijk dat wanneer er sprake is van een factor als lage sociale verbinding binnen het gezin, de behandelingsresultaten verbeterd kunnen worden door eerst deze sociale verbinding te verbeteren.

Gezinssamenstelling

Een mogelijke factor die invloed zou kunnen hebben op de behandelingsresultaten is gezinssamenstelling. Uit het onderzoek van Victor et al. (2006) en Twenge (2000) kwam namelijk dat eenoudergezinnen een lagere sociale verbinding hebben binnen en buiten het gezin, wat mogelijk invloed heeft op de angstproblematiek en behandeling. Een hogere sociale verbinding binnen het gezin zou een omgeving kunnen scheppen waarin de behandeling wordt ondersteund en zo ook de behandelingsresultaten. Wat bij een lagere sociale verbinding dus minder sprake van is. Sociale verbinding bestaat onder andere uit de emotionele binding, grenzen, samenwerking, tijd, ruimte, vrienden, hoe keuzes worden gemaakt, interesses en vrije tijdsbesteding. De samenstelling van deze onderdelen zou dus verschillen tussen eenoudergezinnen en tweeoudergezinnen, waarbij tweeoudergezinnen in het voordeel zouden zijn (Victor et al., 2006). Daarnaast zou de lage sociale verbinding buiten het gezin angstproblematiek kunnen veroorzaken (Twenge, 2000). De verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat angst wordt

veroorzaakt door gevoelens van eenzaamheid, vervreemding van de omgeving en wanhoop, wat komt door de lage sociale verbinding.

In het onderzoek van Lee et al., (2019) en Southam-Gerow et al. (2001) wordt ook benoemd dat de gezinssamenstelling invloed heeft op de behandelingsresultaten. Uit hun onderzoeken komt dat de kinderen uit een eenoudergezin minder vaak (kwalitatief) deelnemen aan de sessies en sneller uitvallen. Minder (kwalitatief) deelnemen houdt in dat ze huiswerkopdrachten niet maken of minder vaak aanwezig zijn bij de afspraken. Een verklaring die gegeven wordt is dat kinderen uit een tweeoudergezin meer ondersteuning vanuit het gezin krijgen dan kinderen uit een eenoudergezin. Omdat beide ouders aanwezig zijn om het kind bijvoorbeeld te ondersteunen bij de huiswerkopdrachten of om het kind naar de afspraken te brengen (Lee et al., 2019).

Opvoedingslast

Het is bekend dat ouders zonder partner mogelijk een hogere opvoedingslast hebben dan ouders met een partner (Hilton & Desrochers, 2002; Låftman, 2009). Een verklaring voor deze hogere opvoedingslast is bijvoorbeeld dat de ouder niet de last kan delen met een partner of dat de ouders het zwaarder ervaart door bijkomende stressoren zoals economische problemen (Låftman, 2009). De ervaren opvoedingslast van de ouders heeft op zijn beurt mogelijk weer invloed op de angstproblemen van het kind. Dit is omdat ze door de opvoedingslast bijvoorbeeld minder responsief zijn voor het kind of het kind harder disciplineren, wat de angstproblemen bij het kind zou kunnen veroorzaken en/of versterken (Rapee et al., 2009; Schleider et al., 2015; Walker, 2012). De verminderde responsiviteit en harde disciplineren kan ook invloed hebben op de behandelingsresultaten, omdat er dan vanuit het gezin minder ondersteuning is voor de behandeling van het kind (Lee et al., 2019; Southam-Gerow et al., 2001).

Dit betekent dat opvoedingslast naast de gezinssamenstelling mogelijk invloed kan hebben op de behandelingsresultaten van de angstproblemen van het kind. Wat het een interessante factor maakt om rekening mee te houden. Deze zwaardere opvoedingslast zou namelijk (een gedeelte van) de mogelijke relatie tussen gezinssamenstelling en de behandelingsresultaten kunnen verklaren. De gezinssamenstelling zou bijvoorbeeld (naast de mogelijke eigen invloed) invloed kunnen hebben op de ervaren opvoedingslast van de ouders, wat weer invloed heeft op de behandelingsresultaten van het kind.

Dit onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel om te bepalen wat de mogelijk invloed is van de gezinssamenstelling en opvoedingslast op de behandelingsresultaten van cognitieve gedragstherapie bij het kind. Dit zal gedaan worden door middel van de vraag: *'In hoeverre heeft gezinssamenstelling invloed op de behandelingsresultaten van cognitieve gedragstherapie bij kinderen, rekening houdend met mogelijke verschillen in ervaren opvoedingslast?'*. Met het onderzoek zal er gekeken worden naar kinderen met angstproblematiek tussen de zeven en twaalf jaar.

Er wordt verwacht dat de kinderen uit een eenoudergezin minder goede behandelingsresultaten zullen hebben als kinderen uit een tweeoudergezin. Dit is vanwege de lagere sociale verbinding die er binnen en buiten het eenoudergezin zou zijn en door de verminderde ondersteuning die het gezin mogelijk kan bieden bij de behandeling. Daarnaast wordt er ook verwacht dat de opvoedingslast een gedeelte van deze relatie zou verklaren. De gezinssamenstelling zou namelijk invloed kunnen hebben op de opvoedingslast die de ouders hebben en de opvoedingslast zou weer invloed kunnen hebben op de behandeling. Dit is omdat bij eenoudergezinnen de opvoedingslast hoger zou kunnen zijn en opvoedingslast, door bijvoorbeeld hardere disciplineren en verminderde responsiviteit, invloed zou kunnen hebben op de behandelingsresultaten. Hierbij wordt er verwacht dat opvoedingslast niet de gehele relatie zal verklaren. Omdat gezinssamenstelling ook invloed kan hebben op de behandelingsresultaten door bijvoorbeeld een lagere sociale verbinding buiten het gezin.

Methode

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er gebruik gemaakt van de data uit het onderzoek van Van Doorn et al. (2017). Deze studie is goedgekeurd door de Ethiek Commissie van Radboud Universiteit Faculteit van Sociale Wetenschappen en er is gebruik gemaakt van informed consent. Het onderzoek had als doel om cognitieve gedragstherapie te vergelijken met treatment-as-usual. Van Doorn et al. (2017) hebben deze data verzameld in de periode van januari 2012 tot januari 2014. Bij dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van de informatie over beide groepen, dus de groep die cognitieve gedragstherapie (hierna: CBT) en de groep die treatment-as-usual (hierna: TAU) hebben gevolgd en afgemaakt. Van het onderzoek is de data van de voor- en nameting van de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Hierna: SCARED), de voormeting van de demografische kenmerken vragenlijst en de voormeting van de vragenlijst opvoedingsbelasting (hierna: OBVL) gebruikt.

Steekproef

De inclusiecriteria bij het onderzoek waren het hebben van een diagnose voor een DMS-IV angststoornis. De exclusiecriteria waren het hebben van een hoofddiagnose voor een posttraumatische stressstoornis, autisme spectrumstoornis, specifieke fobie, compulsieve obsessieve stoornis, IQ onder 80 en/of hoge urgentie van behandeling vanwege veiligheidsredenen voor het kind of omgeving. Deze kinderen hadden namelijk een andere behandeling nodig dan die gegeven werd bij dit onderzoek.

Met het onderzoek hebben in totaal 88 kinderen deelgenomen die tussen de zeven en twaalf jaar oud zijn. 43 kinderen van deze kinderen hebben CBT gevolgd en 45 kinderen TAU. Bij 69 van deze kinderen waren de voor- en nameting bekend. De gemiddelde leeftijd van deze kinderen lag tussen de zeven en twaalf jaar met een gemiddelde van 10,14 jaar (*SD*: 1,32). De groep bestond 46 meisjes en 23 jongens en de nationaliteit van de kinderen was bij vier niet bekend, één was Ethiopisch en de rest Nederlands. De moeders van deze kinderen hebben ook meegedaan met het onderzoek door middel van vragenlijsten in te

vullen. De leeftijd van de moeders was bij vier niet bekend en lag bij de rest tussen de 35 en 54 jaar met een gemiddelde van 44,02 (*SD*: 4,91). De nationaliteit was van drie moeders niet bekend, één was Russisch, één was Pools en bij de rest was het Nederlands. Het hoogst afgeronde opleidingsniveau was van drie moeders niet bekend, van 29 was het wetenschappelijk onderwijs (wo) of hoger beroepsonderwijs (hbo), van 25 lager middelbaar beroepsonderwijs (mbo) of beroepsonderwijs (lbo), van elf was het hoger algemeen voortgezet onderwijs (havo, vwo), middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (mavo) of Lager onderwijs (lavo) en van één was het de lagere school.

Procedure

De data van het onderzoek was via twee procedures verzameld. De eerste procedure was bij drie gezondheidscentra in Nederland. De kinderen die geselecteerd waren voor dit onderzoek zijn alle kinderen die in de periode van januari 2012 tot januari 2014 bij een van de drie gezondheidscentra werden aangemeld. De kinderen en hun moeders werden gevraagd om de vragenlijst SCARED in te vullen voor screening voor angst bij het kind. Wanneer de score hoog was op een van de subschalen of op de totaalscore werd de diagnostiek voor een angststoornis gestart. De tweede procedure was door contact op te nemen met basisscholen om mee te doen aan het onderzoek. Hierbij was gevraagd aan alle ouders van kinderen die in groep 5 tot groep 8 of ze toestemming gaven voor het onderzoek. Na de toestemming konden de kinderen een SCARED vragenlijst invullen en wanneer deze een hoge of in risico score aangaf op een subschaal of totaalscore werden de ouders gebeld. Er werd aan de ouders gevraagd of ze de angstsymptomen bij de kinderen herkende en of ze misschien hulp voor de problemen wilde zoeken. Deze ouders kregen ook een aanbod om verdere diagnostiek uit te voeren bij een van de drie eerder genoemde gezondheidscentra. Na aanmelding bij een van de gezondheidscentra net zoals de eerste procedure de verdere diagnostiek uitgevoerd.

Na de selectie waren de participanten willekeurig ingedeeld in een groep die CBT ontving en in een groep die TAU ontving. De onderzoeksassistenten hebben daarna bij de kinderen thuis de testen afgenomen voor de nulmeting, de meting na de behandeling en de metingen van zes en twaalf maanden na de behandeling. Tijdens de behandeling hadden de onderzoeksassistenten ook wekelijks contact met de kinderen en hun moeder voor testen. Daarnaast zijn al de behandelingssessies door de therapeuten opgenomen door middel van audio opnames.

Meetinstrumenten

Angstsymptomen kind

De SCARED meet de angstsymptomen bij het kind door middel van 69 items waarbij het kind of ouder op een driepuntschaal kan aangeven in hoeverre de uitspraak bij zichzelf of het kind past (Muris et al., 2007). Een voorbeelditem is: "Als ik bang ben, vind ik het moeilijk om adem te halen." of "Als mijn kind bang is vindt hij/zij het moeilijk om adem te halen." met de antwoordmogelijkheden: "Bijna nooit", "Soms" en

“Vaak”. Dit wordt omgezet in een totaal score en scores op de subschalen paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, separatieangststoornis, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis en specifieke fobie. Deze scores van de schalen zijn ingedeeld in laag, normaal, hoog of een risico. Bij dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de totaalscore van het instrument die de kinderen hebben ingevuld om de mate van angst bij de kinderen te bepalen. De psychometrische eigenschappen van het instrument zijn goed vastgesteld (Muris et al., 2007). De betrouwbaarheid van het instrument die ingevuld is door de kinderen bij dit onderzoek is bij de totaalschaal uitstekend (Chronbach's α : 0,91).

Gezinssamenstelling

De demografische kenmerken vragenlijst is aan het begin van het onderzoek afgenomen bij de moeders van de kinderen die meededen aan het onderzoek. De vragenlijst bevat één vraag met negen antwoordmogelijkheden waarbij de ouder kon aangeven wat bij hen van toepassing was met betrekking tot de woonsituatie van het kind. De vraag luidt: “Woonsituatie: mijn kind” met de antwoordmogelijkheden: “woont bij biologische vader en moeder”, “woont alleen bij biologische moeder, zonder een stiefvader”, “woont alleen bij biologische vader, zonder een stiefmoeder”, “woont bij een van de biologische ouders plus een stiefouder”, “woont bij andere familieleden, namelijk (mogelijkheid tot specificeren)”, “woont ene week bij moeder, andere week bij vader” en “anders, namelijk (mogelijkheid tot specificeren)”. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van alle antwoordmogelijkheden om de gezinnen onder te verdelen in de twee groepen, eenoudergezinnen en tweeoudergezinnen.

Opvoedingslast ouders.

De OBVL meet de ervaren opvoedingslast van de ouder die het invult. Het bestaat uit 34 items waarbij op een vier-puntschaal aangegeven kan worden in welke mate de gegeven uitspraken bij hem/haar past (Vermulst et al., 2015). Een voorbeelditem is: “Ik voel me gelukkig met mijn kind.” met de antwoordmogelijkheden: “Klopt niet”, “Klopt een beetje”, “Klopt behoorlijk”, “Klopt helemaal”. Uit deze informatie kan een berekening worden gemaakt van een totaalscore en scores op de vijf subschalen: problemen opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking en gezondheidsklachten. Deze scores zijn ingedeeld in de drie categorieën: geen noemenswaardige problemen, milde problemen en ernstige problemen. Bij dit onderzoek is alleen de totaalscore bij de eerste meting van het instrument gebruikt om de opvoedingsbelasting van de moeder te bepalen. De psychometrische kenmerken van dit instrument zijn goed vastgesteld (Vermulst et al., 2015). De betrouwbaarheid van het instrument bij dit onderzoek is voor de totaalscore acceptabel (Chronbach's α : 0,74).

Data analyse

Er zijn drie nieuwe variabelen aangemaakt in de dataset om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Dit zijn de variabele gezinssamenstelling, behandelingsresultaten en opvoedingslast. De variabele gezinssamenstelling is aangemaakt door middel van de antwoorden op de vragen uit de

demografische kenmerken vragenlijst. Wanneer de moeder had aangegeven dat het kind bij één (biologische) ouder woont of dat het kind wordt opgevoed door de (biologische) ouders in verschillende huishoudens werd het gezin als eenoudergezin gekenmerkt. Dit gezin kreeg dan de waarde nul bij de nieuwe variabele gezinssamenstelling. Wanneer de moeder had aangegeven dat het kind bij twee (biologische) ouders woont of dat de (biologische) ouder over het algemeen een partner in het huishouden heeft dan werd het gezin gekenmerkt als tweeoudergezin. Dit gezin kreeg dan de waarde 1 bij de variabele gezinssamenstelling. Deze waarde is hierdoor een categorische variabele die bestaat uit 2 mogelijke waarden. De variabele behandelingsresultaten bestaat uit de verschillscore van de totaalscore van de SCARED bij de voor- en nameting. Deze variabele is hierdoor een continue variabele met een waarde tussen de -138 en 138. Een negatieve waarde zou betekenen dat de angst is afgenomen en een positieve waarde dat de angst is toegenomen na de behandeling. Om te bepalen of de behandelingsresultaten significant zijn, is er een gepaarde t-toets uitgevoerd met de scores van de voor- en nameting. De variabele opvoedingslast bestaat uit de totaalscore van de OBVL die vooraf aan de behandeling door moeder is ingevuld. Dit is hierdoor een continue variabele met een waarde tussen de 34 en 136.

Er is een ANOVA uitgevoerd om te bepalen of er een verschil is tussen eenoudergezinnen en tweeoudergezinnen ten opzichte van behandelingsresultaten en opvoedingslast. Daarna is er een correlatieanalyse uitgevoerd om de samenhang tussen opvoedingslast en behandelingsresultaten te bepalen. Er is bij de correlatieanalyse geen rekening meer gehouden met de gezinssamenstelling van het gezin in verband met het lage aantal eenoudergezinnen in het onderzoek. Bij de t-toets is er rekening gehouden met de assumpties: Normale verdeling, het niveau van de variabelen, homogeniteit van de varianties en onafhankelijkheid. Dit is gedaan door histogrammen te maken van de variabele behandelingsresultaten en opvoedingslast voor beide groepen en deze te inspecteren. Door gebruik te maken van de vuistregel, de grootste is niet tweemaal zo groot als de kleinste standaarddeviatie, zal bepaald worden of de varianties gelijk zijn. Het niveau van de variabelen behandelingsresultaten en opvoedingslast zijn beide continu en de scores zijn onafhankelijk van elkaar waardoor aan deze assumpties al zijn voldaan. Bij de correlatieanalyse is er rekening gehouden met de assumpties: passende schaal, normale verdeling, lineariteit, homoscedasticiteit. Dit is gedaan door voor de variabelen behandelingsresultaten en opvoedingslast een histogram en een scatterplot te maken en deze te inspecteren. De schaal is passend omdat beide variabelen continu zijn, hierdoor is aan deze assumptie al voldaan.

Resultaten

Beschrijvende analyse

Vooraf aan de analyses is er gekeken naar de variabelen behandelingsresultaten, gezinssamenstelling en opvoedingslast. Om de variabele behandelingsresultaten te berekenen was een totaalscore op de SCARED nodig van de beginmeting en de nameting. Bij 19 van de 88 kinderen die

meededen aan het onderzoek was één of beide meting(en) niet bekend, deze zijn om die reden niet meegenomen in de analyses. In totaal is er dus data van 69 kinderen gebruikt voor de berekeningen. De behandelingsresultaten zijn significant, er is namelijk bij de gepaarde t-toets een significantieniveau (p) gevonden van kleiner dan .000 met een betrouwbaarheidsinterval (95%) tussen 7.86 en 21.04. De verdere scores van de behandelingsresultaten zijn te zien in Tabel 1. Er waren geen uitbijters gevonden. De mate van opvoedingslast bestaat uit de totaalscore van de OBVL. Deze scores zijn ook te zien in tabel 1. Er was hier één score missend en er zijn geen uitbijters gevonden. De verdeling van de gezinssamenstelling was van één gezin onbekend en van de rest is te zien in tabel 2. Het percentage eenoudergezinnen was bij dit onderzoek 8,8%, wat laag is vergeleken met het gemiddelde percentage eenoudergezinnen in Nederland van 23% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022).

Tabel 1

Scores van Behandelingsresultaten en Opvoedingslast

	Behandelingsresultaten	Opvoedingslast
Aantal	69	68
M (SD)	-14,45 (27,49)	79,96 (7,36)
Range	[-85 ; 66]	[63 ; 98]

Tabel 2

Verdeling van de Gezinssamenstelling in Eenouder- en Tweeoudergezinnen

Eenoudergezinnen	Aantal	Tweeoudergezinnen	Aantal
Kind woont alleen bij moeder	3	Kind woont bij biologische ouders	58
Kind woont om de week bij moeder of vader	1	Kind woont bij biologische ouder en een stiefouder	2
Kind woont 's weekends bij vader en de rest van de week bij moeder	1	Kind woont bij adoptieouders	1
Kind woont doordeweeks om de dag en om het weekend bij vader of moeder	1	Kind woont bij ouder waarbij de partner ook veel aanwezig is in het gezin	1
Totaal	6	Totaal	62

Om te bepalen of er wordt voldaan aan de assumpties voor de ANOVA zijn er vier histogrammen gemaakt en zijn de varianties berekend van beide groepen voor de variabelen behandelingsresultaten en opvoedingslast. In de histogrammen was te zien dat dat voor eenoudergezinnen de behandelingsresultaten redelijk normaal verdeeld zijn maar de opvoedingslast niet. In de histogrammen voor tweeoudergezinnen

was te zien dat de behandelingsresultaten en de opvoedingslast beide redelijk normaal verdeeld zijn. De standaarddeviatie is bij eenoudergezinnen voor behandelingsresultaten 29,40 en voor opvoedingslast 8,12. De standaarddeviatie is bij tweeoudergezinnen voor behandelingsresultaten 27,81 en voor opvoedingslast 7,42. De assumptie voor een normale verdeling voor de variabele per groep zijn gedeeltelijk voldaan, omdat voor eenoudergezinnen de opvoedingslast niet normaal zijn verdeeld. De assumptie voor gelijke varianties is wel voldaan omdat de standaarddeviaties van behandelingsresultaten en opvoedingslast tussen beide groepen aan de vuistregel (de grootste standaarddeviatie is niet tweemaal zo groot als de kleinste standaarddeviatie) is voldaan. Om te bepalen of er wordt voldaan aan de assumpties voor de correlatieanalyse zijn er ook twee histogrammen gemaakt voor behandelingsresultaten en de opvoedingslast. Daar was in te zien dat ze beide redelijk normaal verdeeld zijn. Daarnaast is er nog een scatterplot gemaakt met de twee variabelen waarin in te zien is dat er een lineaire relatie is en er sprake is van een redelijke homoscedasticiteit. De assumpties voor een normale verdeling, lineariteit en homoscedasticiteit zijn dus allemaal voldaan.

Statistische analyse

Voor dit onderzoek is de nulhypothese “Er is geen verschil tussen eenoudergezinnen en tweeoudergezinnen op behandelingsresultaten/opvoedingslast” en alternatieve hypothese “Er is een verschil tussen eenoudergezinnen en tweeoudergezinnen op behandelingsresultaten/opvoedingslast” getoetst. Hierbij is een significantieniveau (α) gekozen van .05. Uit de ANOVA is gekomen dat bij dit onderzoek de gemiddelde behandelingsresultaten voor eenoudergezinnen -15,50 is en voor tweeoudergezinnen -14,05. De gemiddelde opvoedingslast is voor eenoudergezinnen 79,33 en voor tweeoudergezinnen 80,03. Het gevonden significantieniveau (p) voor het verschil tussen eenoudergezinnen en tweeoudergezinnen op behandelingsresultaten is .904 met een betrouwbaarheidsinterval (95%) tussen -25,32 en 22,42. Het gevonden significantieniveau (p) voor het verschil tussen eenoudergezinnen en tweeoudergezinnen op opvoedingslast is .828 met een betrouwbaarheidsinterval (95%) tussen -7,08 en 5,69. Dit betekent dat voor beide berekeningen de nulhypothese niet verworpen kan worden omdat het gevonden significantie hoger is dan het gekozen significantieniveau (α) van .05. In dit onderzoek is er dus geen verschil gevonden tussen eenoudergezinnen en tweeoudergezinnen op behandelingsresultaten en opvoedingslast.

De correlatieanalyse had als nulhypothese “Er is geen (lineaire) relatie tussen opvoedingslast en behandelingsresultaten” en als alternatieve hypothese “Er is een (lineaire) relatie tussen opvoedingslast en behandelingsresultaten”, hierbij is een significantieniveau (α) gekozen van .05. Uit de correlatieanalyse is gekomen dat tussen opvoedingslast en behandelingsresultaten een correlatie (r) is gevonden van .008 met een significantieniveau (p) van .950. De gevonden correlatie is erg laag en het gevonden significantieniveau is te hoog om de nulhypothese te verwerpen, omdat het hoger is dan het gekozen significantieniveau (α) van

.05. Dit betekent dat er in dit onderzoek er geen relatie is gevonden tussen opvoedingslast en behandelingsresultaten.

Discussie

Het onderzoek had als doel om te bepalen wat de mogelijke invloed is van de gezinssamenstelling op de behandelingsresultaten van cognitieve gedragstherapie, waarbij rekening werd gehouden met de mogelijke invloed van opvoedingslast in deze relatie. Hierbij was de hypothese dat kinderen uit een eenoudergezin gemiddeld minder goede behandelingsresultaten behalen dan kinderen uit een tweeoudergezin. Daarnaast was de hypothese dat opvoedingslast een gedeelte van de relatie tussen gezinssamenstelling en behandelingsresultaten verklaard. Uit de resultaten bleek geen significant verschil in behandelingsresultaten tussen kinderen uit een eenoudergezin en kinderen uit een tweeoudergezin. Ook is er geen significante relatie gevonden tussen opvoedingslast en behandelingsresultaten (los van de gezinssamenstelling). Dit betekent dat er geen invloed is gevonden van gezinssamenstelling op de behandelingsresultaten van cognitieve gedragstherapie. Deze resultaten zijn niet in lijn met het onderzoek van Lee et al. (2019) die wel een kleine invloed vond van gezinssamenstelling op de behandelingsresultaten. Maar wel met het onderzoek van Southam-Gerow et al. (2001) waarbij er geen invloed was gevonden.

Voor de hypothese dat kinderen uit een eenoudergezin minder goede behandelingsresultaten zouden behalen dan kinderen uit een tweeoudergezin, zijn mogelijk verschillende redenen waarom het niet gevonden is. Als eerste was de groep kinderen uit een eenoudergezin erg klein, het ging hierbij maar om zes gezinnen. De resultaten zijn hierdoor onbetrouwbaar en om met deze steekproefomvang bewijs te kunnen vinden voor de hypothese zouden de verschillen tussen de groepen heel groot moeten zijn. Het onderscheidend vermogen hangt namelijk af van de omvang van de steekproef, het significantieniveau en de grootte van het effect. Het significantieniveau (α) stond vast op .05 en de omvang was klein, waardoor het effectgrootte groot moest zijn om een onderscheid te vinden. Bij het onderzoek van Lee et al. (2019), waar een kleine invloed van gezinssamenstelling was gevonden, was er namelijk wel sprake van een grote steekproefomvang in het algemeen en een grotere omvang van kinderen uit een eenoudergezin. Wanneer er bij dit onderzoek dus sprake was van een kleine invloed van gezinssamenstelling, kon dit door het lage aantal eenoudergezinnen niet worden aangetoond.

Ten tweede bestaat de variabele behandelingsresultaten uit het verschil tussen de totaalscore van de voormeting en die van de nameting. De totaalscore zou mogelijk niet representatief zijn voor de behandelingsresultaten, omdat de totaalscore geen verschil laat zien op de verschillende subschalen van de SCARED. Door de behandeling zou bijvoorbeeld een groot verschil kunnen gevonden worden op één van de subschalen, wat mogelijk niet goed terug te zien is in de totaalscore. De variabele behandelingsresultaten is mogelijk dus niet representatief genoeg om antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

Ten derde kan de brede opvatting van wat een eenoudergezin of een tweeoudergezin is, ook invloed hebben op de onderzoeksresultaten. Bij dit onderzoek is vooral de groep eenoudergezinnen erg breed opgevat, namelijk van kinderen die bij één ouder wonen tot kinderen die om de dag bij de ene of andere ouder wonen. Het verschil tussen kinderen uit een eenoudergezin en kinderen uit een tweeoudergezin zou hierdoor mogelijk niet zo groot zijn. Bijvoorbeeld, een kind wat bij beide ouders woont maar waarvan één van de ouders de gehele week aan het werk is verschilt mogelijk niet zoveel als een kind wat bij één ouder woont en de andere ouder in het weekend ziet. Door deze brede opvatting zou mogelijk het verschil in de invloed van gezinssamenstelling tussen beide groepen niet goed aangegeven worden. Zoals bij eenoudergezinnen de mogelijk lagere sociale verbinding binnen en buiten het gezin en de verminderde ondersteuning vanuit het gezin. Bij de onderzoeken van Lee et al. (2019) en Southam-Gerow et al. (2001) werd dit onderscheid op dezelfde manier gemaakt. Echter, was het onduidelijk of zij ook deze brede opvatting van de verschillende groepen hebben gebruikt.

Voor de hypothese dat een gedeelte van de relatie tussen gezinssamenstelling en behandelingsresultaten zou worden verklaard door opvoedingslast zijn er ook mogelijk verschillende redenen waarom dit niet gevonden is. Als eerste, er kon geen mediatie analyse uitgevoerd worden vanwege het lage aantal eenoudergezinnen. Hierdoor is alleen de relatie tussen opvoedingslast en behandelingsresultaten getoetst over de gehele groep en niet over de losse groepen van kinderen uit een eenoudergezin en kinderen uit een tweeoudergezin. Er is de mogelijkheid is dat de relatie tussen opvoedingslast en behandelingsresultaten verschillend zijn voor beide groepen. Door niet deze groepen los van elkaar te toetsen, zouden ze elkaar kunnen uitmiddelen, waardoor er geen relatie kan gevonden worden over de gehele groep.

Ten tweede heeft behandelingsresultaten een kleinere range als opvoedingslast. Door deze kleinere range heb je mogelijk een grotere steekproef en/of een andere manier van toetsen nodig om de relatie te kunnen aantonen. Een grotere steekproef zou namelijk de relatie beter zichtbaar maken doordat er mogelijk een kleinere spreiding zou zijn. Met een andere manier van toetsen, zoals gebruik te maken van indelingen met een lage, gemiddelde en hoge opvoedingslast/behandelingsresultaten, zou bijvoorbeeld een kruistabel gemaakt kunnen worden om de relatie te toetsen. Echter, heeft dit ook weer zijn voor- en nadelen en bestaat hier ook de mogelijkheid dat geen relatie wordt gevonden.

Sterke punten en beperkingen

Enkele sterke punten van dit onderzoek zijn dat het in lijn is met ander onderzoek waaruit komt dat cognitieve gedragstherapie als behandeling tot een afname van angstklachten kan resulteren (Higa-McMillan et al., 2015). Ook is de gevonden betrouwbaarheid van de meetinstrumenten bij deze steekproef hoog, waardoor de gevonden scores van de behandelingsresultaten en opvoedingslast serieus genomen kunnen worden. Daarnaast heeft dit onderzoek ook beperkingen zoals de kleine groep eenoudergezinnen in de

steekproef (wat ook lager ligt als het Nederlands gemiddelde van 23%; CBS, 2022), de brede opvattingen van wat een eenoudergezin of tweeoudergezin inhoudt en het niet gebruiken van de subschalen van de SCARED. Vervolgonderzoek over dit onderwerp zou daarom gebruik kunnen maken van een grotere steekproefomvang waar meer kinderen uit een eenoudergezin worden geworven, door gebruik te maken van meer criteria rondom de gezinssamenstelling en door gebruik te maken van de subschalen van de SCARED. Hierdoor zou minder overlap zijn tussen de opvatting rondom de groepen en zou er gekeken kunnen worden naar de behandelingsresultaten per subschaal. Daarbij zou dan ook gekeken kunnen worden of er mogelijk verschil is tussen kinderen uit een eenoudergezin en kinderen uit een tweeoudergezin per subschaal. Vervolgonderzoek zou zich ook kunnen richten op de invloed van de ouderrelatie op de behandelingsresultaten. Hierdoor zou er namelijk met meer diepgang gekeken worden naar de gezinssamenstelling. De gezinssamenstelling hoeft namelijk weinig te zeggen over hoe de relatie tussen de ouders is en hoe deze dan de behandelingsresultaten beïnvloed. Bijvoorbeeld, wanneer de ouders in een tweeoudergezin een minder goede relatie hebben zou de ervaren opvoedingslast hoger of ondersteuning vanuit het gezin lager kunnen zijn als in een eenoudergezin.

Klinische implicatie

Uit dit onderzoek kan geen implicatie voor de praktijk gegeven worden die ingaat op een invloed van gezinssamenstelling of opvoedingslast op de behandelingsresultaten van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met angstklachten. Er kan dus niet aangegeven worden of kinderen uit een eenoudergezin of kinderen van ouders met een hogere opvoedingslast meer baat zouden hebben bij een andere behandeling als kinderen uit een tweeoudergezin of kinderen van ouders met een lagere opvoedingslast. Echter, kan wel geconcludeerd worden dat cognitieve gedragstherapie kan lijden tot een afname in angstklachten bij kinderen, ongeacht de gezinssamenstelling of de ervaren opvoedingslast van de ouder.

Conclusie

Met dit onderzoek is geprobeerd te bepalen wat de mogelijke invloed is van gezinssamenstelling op de behandelingsresultaten van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met angstklachten. Hierbij is ook rekening gehouden met de mogelijke invloed van een hogere opvoedingslast van ouders op deze relatie. Uit de resultaten is gekomen dat er geen invloed is gevonden van gezinssamenstelling of opvoedingslast op de behandelingsresultaten. Dit was niet in lijn met het onderzoek van Lee et al. (2019) maar wel met het onderzoek van Southam-Gerow et al. (2001). Voor deze waarneming zijn verschillende redenen gegeven waarom het mogelijk niet gevonden is, zoals een kleine steekproefomvang en mogelijke overlap tussen de groepen. Uit onder andere deze redenen zijn verschillende verzoeken gekomen voor verder onderzoek, namelijk een onderzoek met een grotere steekproefomvang, meer criteria rondom gezinssamenstelling en wat gebruik maakt van de subschalen van de SCARED. Daarnaast ook het verzoek om te kijken naar de invloed van de ouderrelatie op de behandelingsresultaten. Op basis van de resultaten van huidig onderzoek

kunnen er geen implicaties geformuleerd worden voor de praktijk. Het blijft belangrijk om onderzoek naar de invloed van gezinssamenstelling en opvoedingslast te doen. Want door mogelijke voorspellers en moderatoren vast te stellen, zouden er aan de behandeling aanpassingen gedaan kunnen worden om bij iedereen de beste resultaten te behalen

Referenties

- American Psychiatric Association. (2015). *Anxiety Disorders: DSM-5(R) Selections* (1ste editie). Van Haren Publishing.
- 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>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, 25 februari). *Alleenstaanden en gezinnen per gemeente*. Geraadpleegd op 22 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/regionaal/alleenstaanden>
- Davis, R., Souza, M. A. M. D., Rigatti, R., & Heldt, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: a systematic review of follow-up studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 373–378. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000047>
- Elgersma H.J., Arntz A. (2004) Protocollaire behandeling van patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis:. In: Keijsers G.P.J., van Minnen A., Hoogduin C.A.L. (eds) Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I. CCD-Reeks. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/978-90-313-7117-4_4
- Foolen, N., Ince, D., De Baat, M., & Daamen, W. (2013, december). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Wat%20werkt%20bij%20gedragsproblemen%20en%20gedragsstoornissen.pdf>
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 28–43. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(04\)80005-1](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(04)80005-1)
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2015). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91–113. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Hilton, J. M., & Desrochers, S. (2002). Children's Behavior Problems in Single-Parent and Married-Parent Families. *Journal of Divorce & Remarriage*, 37(1–2), 13–36. https://doi.org/10.1300/j087v37n01_02
- Låftman, S. B. (2009). Family Structure and Children's Living Conditions. A Comparative Study of 24 Countries. *Child Indicators Research*, 3(1), 127–147. <https://doi.org/10.1007/s12187-009-9059-1>
- Lee, P., Zehgeer, A., Ginsburg, G. S., McCracken, J., Keeton, C., Kendall, P. C., Birmaher, B., Sakolsky, D., Walkup, J., Peris, T., Albano, A. M., & Compton, S. (2019). Child and Adolescent Adherence With Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety: Predictors and Associations With Outcomes. *Journal of*

Clinical Child & Adolescent Psychology, 48(sup1), S215–S226.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310046>

- Levy, H. C., Stevens, K. T., & Tolin, D. F. (2021). Research Review: A meta-analysis of relapse rates in cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(3), 252–260. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13486>
- 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. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Nail, J. E., Christofferson, J., Ginsburg, G. S., Drake, K., Kendall, P. C., McCracken, J. T., Birmaher, B., Walkup, J. T., Compton, S. N., Keeton, C., & Sakolsky, D. (2014). Academic Impairment and Impact of Treatments Among Youth with Anxiety Disorders. *Child & Youth Care Forum*, 44(3), 327–342. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9290-x>
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 311–341. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- 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>
- Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O., & Skarphedinsson, G. (2019). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 168–180. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1686653>
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining Outcome Variability: Correlates of Treatment Response in a Child and Adolescent Anxiety Clinic. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), 422–436. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3003_13
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007–1021. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.6.1007>
- Van Doorn, M. M., Jansen, M., Bodden, 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. *Journal of Clinical Trials*, 7(5). <https://doi.org/10.4172/2167-0870.1000330>

- Van Rooijen, K. (2018, maart). *Preventie en behandeling van angst: Wat werkt?* Nederlands Jeugdinstituut.
<https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Preventie%20en%20behandeling%20van%20angst%20Wat%20werkt.pdf>
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2015). *Handleiding OBVL*. Nijmegen: Praktikon
- Victor, A. M., Bernat, D. H., Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2006). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(6), 835–848.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.11.005>
- Walker, J. V. (2012). Parental Factors That Detract From the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Childhood Anxiety: Recommendations for Practitioners. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(1), 20–32. <https://doi.org/10.1080/07317107.2012.654433>