

Ouderbetrokkenheid bij de Angstbehandeling van Jongere/Oudere Kinderen.

Student: E. M. Monteban (S3645487)

Begeleider: Prof. Dr. A. Lichtwarck- Aschoff

2^e beoordelaar: Prof. Dr. H.T.A. Amsing

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen

Juni 2022

Abstract

Anxiety disorders are one of the most common psychological diseases among children (Allen et al., 2021). Cognitive behavioural therapy is an effective treatment for anxiety disorders, but not all children do experience beneficial effects (Wergeland et al., 2016; Cartwright-Hatton et al., 2004). This study examined in which extent the age of the child does influence the effectiveness of parental participation in cognitive behavioural therapy (CBT) for children with an anxiety disorder is influenced by the age of the child. There were 88 children (7-13 years old, $\mu=10$) with a high anxiety score according to the Screen for Children Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) who participated in this study. Children in the CGT-group ($n=43$) were treated with child focused CBT. Children in the Treatment as usual(TAU)-group ($n=45$) were treated with more family focused CBT, their parents were more involved in the treatment than parents from children in de CBT-group. By a two-way ANOVA is explored that there is no significant difference in outcomes of CBT for children with an anxiety disorder ($p>0.05$) between younger children (7-9 years old) and older children (10-13 years old) when it comes to the effectiveness of parental. This study can not confirm its hypotheses and the outcome of previous research. Further research should be undertaken to explore differences in effectiveness by enlarging the sample size and equalling the treatments within the TAU-condition.

Inleiding

Een angststoornis is bij kinderen één van de meest voorkomende psychische aandoeningen (Allen et al., 2021). Angst is een normaal verschijnsel en heeft een gezonde en stimulerende functie (Van Lieshout & Van Drenth, 2018). Over hoeveel kinderen precies een angststoornis hebben zijn verschillende resultaten bekend. Volgens een Nederlands bevolkingsonderzoek van Tick en Verhulst (2007) scoren 3.2% van de Nederlandse kinderen van 6-16 jaar hoog op de schaal angstig/depressief. Er zijn ook (veelal buitenlandse) onderzoeken die stellen dat een nog hoger percentage kinderen (tot wel 20%) last zou hebben van een angststoornis (Barmish & Kendall, 2005; Ginsburg et al., 2012). Kortom, er zijn heel wat kinderen die in hun leven te maken krijgen met angstklachten. Het hebben van een angststoornis in de kindertijd kan gevolgen hebben op veel levensgebieden. Zo zou angst in de kindertijd voor mentale problemen op latere leeftijd kunnen zorgen en ook heeft het mogelijk invloed op het gezin en het functioneren op school (Rapee et al., 2009; Allen et al., 2021).

Angststoornissen die niet worden behandeld kunnen lang aanhouden (Drake & Ginsburg, 2012). Als de angststoornis niet behandeld wordt kan dit de emotionele ontwikkeling en het algemeen functioneren van het kind in de weg staan, wat kan leiden tot bijvoorbeeld een depressie (Barmish & Kendall, 2005). Cognitieve gedragstherapie is één van de meest gebruikte behandelmethodes bij kinderen met angstproblematiek, en daarnaast ook bewezen effectief (Barret et al., 1996; Cartwright-Hatten et al., 2004; Janssen et al., 2012). Bij deze behandeling leren kinderen angstige gedachten te herkennen en deze gedachten te veranderen (Siegler et al., 2020). Echter profiteren lang niet alle kinderen met een angststoornis van deze behandeling (Wergeland et al., 2016; Cartwright-Hatton et al., 2004). Daarom is het van belang te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een angststoornis. Een factor die hierop mogelijk van invloed zou kunnen zijn, is de betrokkenheid van ouders bij de angstbehandeling. In dit onderzoek zal daarom gekeken worden naar de invloed van ouderbetrokkenheid op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en of deze relatie wordt beïnvloed door de leeftijd van het kind.

Angststoornis

Angst is een emotionele reactie op aanwezige of verwachte bedreiging (American Psychiatric Association, 2013). Iedereen ervaart wel eens angst, het is normaal en gezond (Allen et al., 2021). Angst maakt dat je in staat bent actie te ondernemen tegen gevaar (Van Lieshout & Van Drenth, 2018). Bij kinderen komen bepaalde angsten bij bepaalde ontwikkelingsfasen vaker voor, zoals dat dreumesen bang zijn voor harde geluiden en dat peuters vaak last hebben van verlatingsangst (Van Lieshout & Van Drenth, 2018). Als gewone angsten ongewoon lang blijven bestaan of overmatig worden, kunnen ze uitgroeien tot een angststoornis (Allen et al., 2021).

Een angststoornis is het onvermogen emoties van angst te reguleren. De angst uit zich extreem en heeft een negatieve invloed op het leven van het kind (Siegler et al., 2020; Allen et al., 2021). De angst heeft daarnaast geen reële grond en is overmatig in vergelijking met leeftijdsgenoten (Van Rooijen, 2018; Allen et al., 2021). De DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) stelt dat de diagnose van een angststoornis gegeven kan worden als er een extreme angst is die tijdens de ontwikkeling blijft bestaan voor tenminste zes maanden. Bij een angststoornis zorgt de angst vaak voor het vermijden van angst opwekkende situaties en paniekaanvallen. De meeste angststoornissen ontstaan, volgens de DSM-V, in de kindertijd en angststoornissen komen daarnaast vaker voor bij meisjes dan bij jongens (American

Psychiatric Association, 2013). Ook is het belangrijk dat de angst niet is toe te schrijven aan een andere oorzaak, zoals medicatie- of drugsgebruik, een andere medische conditie of mentale aandoening (American Psychiatric Association, 2013).

Een angststoornis heeft op veel vlakken van het leven van het kind invloed. Zo kan een angststoornis het functioneren op school beïnvloeden (Rapee et al., 2009). Kinderen met een angststoornis onderpresteren vaker op school en ze kunnen bijvoorbeeld ook moeite hebben zich te concentreren in de klas. De angststoornis kan daarnaast zorgen voor langdurig schoolverzuim (Nail et al., 2015; Ginsburg et al., 2012). Ook sociale problemen kunnen zich voordoen. Zo kunnen kinderen met een angststoornis meer moeite hebben met het aangaan en onderhouden van vriendschappen met leeftijdsgenoten (Drake & Ginsburg, 2012). Daarnaast hebben kinderen met een angststoornis vaker een negatiever zelfbeeld en kunnen ze thuis meer conflict en verwijdering ervaren (Drake & Ginsburg, 2012).

De angststoornis van het kind kan ook invloed hebben op de ouders en de gezinssituatie (Ginsburg et al., 2012). Zo kan het zijn dat ouders bijvoorbeeld bepaalde plekken moeten vermijden omdat dit angstgevoelens bij hun kind oproept of ze moeten urenlang bij het kind blijven zitten omdat het niet alleen durft te slapen (Ginsburg, et al., 2012). Verder kan de angststoornis van het kind zorgen voor meer conflicten tussen ouders omdat beide ouders een andere visie hebben over het omgaan met de angstproblemen van hun kind (Ginsburg et al., 2012).

Een angststoornis kan verschillende oorzaken hebben. Angststoornissen komen vaak in bepaalde gezinnen of families voor, daarom kan de oorzaak van een angststoornis in het gezin gezocht worden (Rapee, 2009; Drake & Ginsburg, 2012; Van Lieshout & Van Drenth, 2018). Een angststoornis kan een genetische oorzaak hebben, maar de invloed van genen lijkt beperkt te zijn doordat genen sterk beïnvloed worden door de omgeving (Allen et al., 2021). Een andere belangrijke voorspeller van een angststoornis bij een kind is een angststoornis bij één van de ouders. Ouders kunnen hun kind de angst (onbewust) aangeleerd hebben (Rapee et al., 2009). Ouders die zelf een angststoornis hebben zijn vaak strenger voor hun kinderen en beperken het deelnemen aan bepaalde situaties vanwege voorziene bedreiging. Hierdoor zouden ze de ontwikkeling van zelfredzaamheid en het probleemoplossend vermogen van het kind in de weg kunnen staan, waardoor een angststoornis zich kan ontwikkelen (Allen et al., 2021).

Verder kan een verstoring in de interacties tussen ouder en kind een oorzaak zijn van het ontstaan van een angststoornis (Van Rooijen, 2018; Allen et al., 2021). Door wederkerige interacties met de ouders hecht het kind aan de ouders. Wanneer het kind bijvoorbeeld onvoorspelbaarheid in de interactie met ouders ervaart kan dit het hechtingsproces veranderen. Onzeker gehechte kinderen hebben een grotere kans op een angststoornis (Drake & Ginsburg, 2012). Ook opvoedstijl van de ouders kan een oorzaak zijn van angst (Van Rooijen, 2018). Ouders van kinderen met een angststoornis zijn vaker over-controlerend. Ze laten weinig ruimte vrij voor het kind, wat de ontwikkeling van zelfvertrouwen en zelfredzaamheid bemoeilijkt (Rapee 1997; Drake & Ginsburg, 2012). Ook afwijzing, kritiek en gebrek aan warmte en cohesie hangen samen met het vaker voorkomen van angststoornissen bij kinderen (Drake & Ginsburg, 2012). Ouders spelen daarnaast een belangrijke rol in de manier waarop een kind problemen oplost en ze kunnen het vermijdingsgedrag (ongemerkt) versterken (Barmish & Kendall, 2005).

Cognitieve gedragstherapie

Een angststoornis moet meestal behandeld worden, want het gaat vaak niet vanzelf (Bodden et al., 2008). Een empirisch bewezen effectieve behandelvorm voor angstige kinderen is cognitieve gedragstherapie (Allen et al., 2007; Van Rooijen, 2018; Sigurvinsdóttir et al., 2020). Cognitieve gedragstherapie, ook wel afgekort als CGT, heeft als fundamentele assumptie dat gedachten, emoties en gedrag verbonden aan elkaar zijn en in stand gehouden worden door cognitieve factoren en aangeleerde responsen (Wensel, 2021). Het doel van CGT is dat kinderen leren om hun angst te herkennen en vaardigheden leren hoe ze met hun angst om kunnen gaan en de angst niet te vermijden (Rapee et al., 2009). Het bestaat uit de onderdelen psycho-educatie, vaardigheidstraining, cognitieve herstructurering, blootstelling aan de angst en het voorkomen van een terugval (Van Rooijen, 2018).

Er is al veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van CGT bij angstige kinderen. De gevonden resultaten zijn middelmatig tot groot. Dit wisselt tussen onderzoeken door methodologische verschillen (Drake & Ginsburg, 2012). Een van de eerste onderzoeken naar CGT werd uitgevoerd door Kendall (1994). Hieruit bleek dat CGT effectief was in vergelijking met een wachtlijst-conditie. Ook onderzoek van Barrett et al. (1996) vond dat 69.8% van de kinderen na behandeling met CGT geen angstklachten meer hadden. Hierbij werd CGT vergeleken ten opzichte van een wachtlijst-conditie. Onderzoekresultaten van Van Doorn et al. (2017) stelt de effectiviteit van CGT in een ander daglicht. In dit onderzoek werd namelijk CGT vergeleken met 'gebruikelijke behandeling', in plaats van een wachtlijst-

conditie. De behandelingen bleken beide even effectief, vermoedelijk omdat de gebruikelijke behandeling in de meeste gevallen ook bestond uit elementen van CGT. Daarnaast onderzochten Barret et al. (2001) de langetermijneffecten van CGT. In dit onderzoek werden de effecten van CGT zes jaar na de behandeling onderzocht en 85.7% van de kinderen voldeed zes jaar later niet meer aan de criteria voor een angststoornis. Al met al is dus gebleken dat CGT veelbelovende resultaten laat zien, op zowel korte als lange termijn, voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen.

Ouderbetrokkenheid

CGT blijkt helaas toch voor eenderde van de kinderen niet effectief als behandeling voor hun angststoornis (Cartwright-Hatton et al., 2004; Wergeland et al., 2016; Van Doorn et al., 2017). Dat CGT niet voor alle kinderen effectief is, zou kunnen liggen aan de mate waarin ouders worden betrokken bij de angstbehandeling van hun kind. Aangezien een oorzaak van de angststoornis bij de ouders kan liggen en ouders ongemerkt de angststoornis in stand kunnen houden, lijkt het aannemelijk dat het betrekken van ouders bij angstbehandeling effectief kan zijn (Rapee et al., 2009). Of, en in welke mate, ouders worden betrokken, verschilt sterk per programma waarin CGT wordt aangeboden aan kinderen met angstklachten (Peris et al., 2021).

De ouderbetrokkenheid bij CGT komt in verschillende vormen voor. De inhoud, het aantal sessies en de uitkomsten verschillen per programma (Barmish & Kendall, 2005). In sommige programma's krijgen ouders slechts beknopte informatie, terwijl andere programma's ouders veel intensiever betrekken door middel van aparte sessies (Rapee et al., 2009). Ook zijn er programma's waar ouders betrokken worden bij de sessies samen met het kind (Barmish & Kendall, 2005). Ouderbetrokkenheid kan zich onder andere richten op psycho-educatie, ouders leren wat hun kind heeft en hoe ze hun kind kunnen helpen. Dit geeft hoop en motivatie voor de ouders (Drake & Ginsburg, 2012). Daarnaast leren ouders dat ze het gedrag van hun kind sterk kunnen beïnvloeden door moedig gedrag en onafhankelijkheid te belonen en angstig gedrag te negeren (Drake & Ginsburg, 2012; Rapee et al., 2009). Ook kunnen ouders leren hoe ze een voorbeeld kunnen zijn voor hun kind om problemen niet-angstig op te lossen (Rapee et al., 2009).

Er is veel onderzoek gedaan naar de invloed van ouderbetrokkenheid bij CGT. Veel onderzoeken laten zien dat uitkomsten tussen kindgerichte CGT en CGT waarbij de ouders worden betrokken, vergelijkbaar zijn (Peris et al., 2021). Onderzoek van Bodden et al. (2008)

vergleek kindgerichte CGT (meer sessies met het kind, dan met de ouders), oudergerichte CGT (meer sessies met de ouders dan met het kind) en een wachtlijst-conditie. In dit onderzoek werd gevonden dat er iets betere resultaten werden behaald voor kindgerichte CGT. Daarentegen vonden Barrett et al. (1996) dat de betrokkenheid van ouders gunstig was voor langdurigere behandeluitkomsten van CGT.

De invloed van ouderbetrokkenheid op de uitkomsten van CGT bij angstige kinderen zou beïnvloed kunnen worden door verschillende factoren. Zo zou de ouderbetrokkenheid effectiever zijn bij kinderen waarvan één van de ouders, of beide, een angststoornis hebben (Kendall et al., 2008). Kendall et al. (2008) en Cobham et al. (1998) concludeerden beide in hun onderzoeken dat ouderbetrokkenheid effectiever was wanneer beide ouders ook een angststoornis hebben. Ook het geslacht van het kind is een factor die van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van ouderbetrokkenheid bij CGT (Barmish & Kendall, 2005). Ook factoren in de behandeling, zoals het aantal sessies met de ouders, de frequentie en de lengte van de sessies kunnen het effect modereren (Reuman et al., 2021).

Een factor waar nog weinig onderzoek naar gedaan is, is de leeftijd van het kind en de invloed die dit heeft op de effectiviteit van ouderbetrokkenheid bij de angstbehandeling van kinderen. Mogelijk zou er een verschil bestaan tussen jongere en oudere kinderen in de mate waarin zij profiteren van betrokkenheid van de ouders bij de angstbehandeling. Leeftijd biedt namelijk een schatting van de cognitieve, sociale, emotionele en fysieke ontwikkeling en zou behandeluitkomsten kunnen modereren (Barmish & Kendall, 2005). Kinderen van verschillende leeftijden functioneren op een ander niveau en zouden daardoor in meer of mindere mate baat kunnen hebben bij betrokkenheid van hun ouders bij de behandeling van hun angststoornis. Voor sommige leeftijden zou het dus voordelig kunnen zijn om de ouders bij de angstbehandeling te betrekken, terwijl dat bij andere leeftijden niet het geval is (Barmish & Kendall, 2005).

Oudere kinderen zijn bijvoorbeeld op cognitief gebied verder (Siegler et al., 2020). Ze kunnen beter abstract denken, problemen in hun hoofd oplossen en ze hebben een groter werkgeheugen (Siegler et al., 2020). Daarnaast zijn oudere kinderen op zoek naar emotionele autonomie, een proces waarbij het kind leert zich emotioneel los te koppelen van diens ouders (Parra & Olivia, 2009). Het kind gaat tijdens zijn ontwikkeling een geleidelijke overgang maken van externe motivatie naar meer intern gemotiveerde keuzes die gebaseerd zijn op het kind en zijn persoonlijke waarden (Pfeifer & Berkman, 2018). De ontwikkeling hiervan hangt samen met de ontwikkeling van de hersenen. Een kind moet namelijk zijn aandacht kunnen

wisselen van directe beloningen naar langetermijndoelen en op zoek gaan naar interne motivatie (Derryberry & Tucker, 2006). Dit is iets waar jongere kinderen wellicht meer begeleiding van de ouders bij nodig hebben waardoor jongere kinderen meer baat hebben bij ouderbetrokkenheid tijdens de angstbehandeling dan oudere kinderen. Ouders zouden dan bijvoorbeeld kunnen helpen bij het implementeren van de aangeleerde vaardigheden tijdens de behandelingsessies bij situaties waarin het kind angst ervaart.

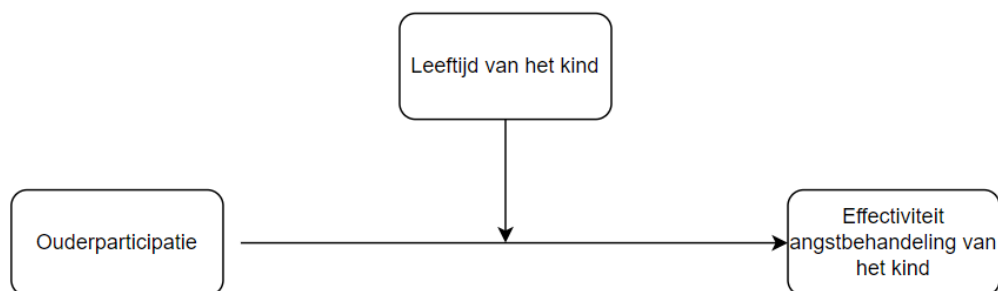
Barret et al. (1996) deden al eerder onderzoek naar dit fenomeen. In dit onderzoek werd gekeken naar kinderen in de leeftijd 7-14 jaar en de verbetering van hun angstsymptomen bij kindgerichte cognitieve gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie waarbij ouders werden betrokken en er was een wachtlijst-conditie. In dit onderzoek werd gevonden dat jongere kinderen de behandeling effectiever was bij betrokkenheid van de ouders. Oudere kinderen scoorden gelijk voor kindgerichte cognitieve gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie waarbij de ouders betrokken waren. Ook Bodden et al. (2008) deed eerder onderzoek naar de invloed van leeftijd op de effectiviteit van ouderbetrokkenheid bij cognitieve gedragstherapie. In dit onderzoek werd gevonden dat jongere kinderen, bij zowel kindgerichte cognitieve gedragstherapie als cognitieve gedragstherapie waarbij de ouders werden betrokken, beter scoorden.

Dit onderzoek

In dit onderzoek zal gekeken worden naar de invloed die de leeftijd van het kind heeft op de effectiviteit van ouderbetrokkenheid bij de angstbehandeling van het kind. Er zal gepoogd worden de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: *In hoeverre wordt het effect van ouderparticipatie op de uitkomsten van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een angststoornis gemodereerd door de leeftijd van het kind?* De verwachting is dat dit onderzoek, net als eerder gedaan onderzoek, zal uitwijzen dat jongere kinderen meer profiteren van ouderbetrokkenheid bij cognitieve gedragstherapie, dan oudere kinderen. Het bijbehorende conceptuele model is weergegeven in Figuur 1. Als duidelijk wordt dat ouderbetrokkenheid voor kinderen van bepaalde leeftijden grote voordelen (of nadelen) heeft op de effectiviteit van de behandeling, kan de angstbehandeling hierdoor beter afgestemd worden op het kind en zijn of haar behoeften die bij de leeftijd passen.

Figuur 1

Conceptueel model



Method

Context van de studie

Om te onderzoeken in hoeverre de invloed van ouderbetrokkenheid bij angstbehandeling van kinderen verschilt tussen jonge en oudere kinderen is een kwantitatief quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van de gegevens die verzameld zijn door Van Doorn en collega's (2017). In hun onderzoek werden de behandel-effecten van CGT vergeleken met die van de gebruikelijke behandeling die de toegewezen instelling geeft (TAU). De procedures en onderzoekscondities die hierna zullen worden beschreven zijn gebaseerd op het onderzoek van Van Doorn et al. (2017), maar gelden ook voor deze studie.

Participanten

Aan het onderzoek hebben 88 kinderen tussen de zeven en dertien jaar oud deelgenomen die door één van de twee procedures geselecteerd zijn die later beschreven zullen gaan worden. Inclusiecriteria om deel te mogen nemen aan het onderzoek was dat het kind een angststoornis moest hebben die is vastgesteld aan de hand van de DSM-IV. Exclusiecriteria waren een primaire diagnose van een posttraumatische stress stoornis, autisme spectrum stoornis, specifieke fobie, obsessief-compulsieve stoornis, een IQ lager dan 80 en de nood van onmiddellijke interventie om het kind of de omgeving tegen schade te behoeden. In al deze gevallen, was een andere behandeling nodig dan die in het onderzoek geboden werd.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende kinderen was tien jaar. De groep kinderen bestond uit meer meisjes (65.9%) dan jongens (34.1%). Daarnaast hadden de meeste kinderen (88.8%) een Nederlandse nationaliteit. De meerderheid van de kinderen (77.5%) woonde ten tijde van het onderzoek bij de biologische vader en moeder, een deel van de kinderen (9.0%) woonde alleen bij de biologische moeder (zonder een stiefvader). De rest van de kinderen had een andere woonsituatie of de woonsituatie was niet bekend. De moeders van de kinderen waren voornamelijk middelbaar of hoger opgeleid (respectievelijk 35.9% en 34.6%). Dit betekent dat de middelbaar opgeleide moeders havo, vwo of mbo hebben afgerond en de hoger opgeleide moeders een hbo- of wo opleiding hebben afgerond. Een deel van de moeders (17.9%) was lager opgeleid. Ze hebben de basisschool, lager onderwijs, mavo of lager beroepsonderwijs afgerond.

Procedure

Participanten zijn geselecteerd aan de hand van twee selectieprocedures. De eerste procedure richtte zich tot kinderen die al waren doorverwezen naar één van de drie deelnemende centra voor geestelijke gezondheidszorg tussen januari 2012 en januari 2014. De tweede selectieprocedure selecteerde via basisscholen kinderen uit groep vijf tot en met acht die een hoge score van angst hadden volgens een angstschaal (SCARED). Als de totaalscore van de SCARED of de score op één van de volgende subschalen gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, separatieangststoornis of paniekstoornis viel in de categorie 'hoog' of 'risico', werd geschiktheid voor participatie verder beoordeeld door de klinici van de betreffende instelling. Er werd geprobeerd zo min mogelijk te interfereren met de gebruikelijke diagnostische procedure die bestond uit interview sessies waarin DSM-IV diagnoses werden vastgesteld.

Na selectie van participanten zijn zij willekeurig verdeeld over de twee condities: CGT en TAU. Hierdoor zaten uiteindelijk 43 kinderen in de CGT-conditie en 45 kinderen in de TAU-conditie. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Radboud universiteit. De gezinnen die aan de inclusiecriteria voldeden zijn geïnformeerd en werden vervolgens gevraagd actieve toestemming te verlenen voor deelname aan het onderzoek. Bij de kinderen en hun ouders zijn voorafgaand, tijdens en na afloop van het onderzoek verschillende vragenlijsten afgenomen om hun sociaal-emotioneel functioneren in kaart te brengen. Aan dit onderzoek vond tevens medewerking plaats van onderzoeksassistenten, studenten met een bachelor- of masteropleiding in de sociale wetenschappen. De onderzoeksassistenten hebben de meetinstrumenten bij de kinderen thuis afgenomen.

Daarnaast was er tijdens de drie maanden waarin de behandelingen plaatsvonden regelmatig telefonisch contact vanuit de onderzoeksassistenten met de behandelde kinderen en hun moeders voor tussentijdse beoordelingen.

Behandeling

CGT. De kinderen in de CGT-conditie ontvingen het programma Denken+ durven=doen van Boegels (2008) door een therapeut die hiervoor getraind was. Deze behandeling bestond uit vijftien sessies in totaal. Het was een vorm van kindgerichte CGT, waarbij er dus meer sessies met het kind waren dan met de ouders. Er waren namelijk twaalf sessies met het kind alleen en bij drie van deze twaalf sessies waren de ouders ook aanwezig. Daarnaast waren er drie aparte sessies voor uitsluitend de ouders. De sessies duurden 60 tot 90 minuten, waarbij het kind en de ouders ook huiswerk opdrachten kregen om thuis mee aan de slag te gaan. Bij de angstbehandeling van het kind was er onder andere aandacht voor psycho-educatie, cognitieve herstructurering, omgang met de angst en blootstelling aan angstige situaties. Ouders leren met name welke invloed hun eigen angst heeft op de angst van het kind. Ze worden aangemoedigd hun kind te stimuleren tot blootstelling aan de angst en wat de invloed is van opvoedstijlen op angstige kinderen.

Treatment As Usual (TAU). Kinderen in de TAU-conditie ontvingen een vorm van behandeling die volgens de therapeut het meest effectief zou zijn voor het betreffende kind. Hoeveel behandelingen werden gegeven en hoelang deze duurden werd door de therapeut besloten. De kinderen werden gevolgd gedurende drie maanden. Dit was ook de gemiddelde behandelduur en daarnaast even lang als behandeling in de CGT-conditie. In de TAU-conditie ging het vaak om behandeling die gebaseerd is op CGT, maar dan niet uitgevoerd volgens een bepaald protocol. In de TAU-conditie werd CGT in 47% van de gevallen gecombineerd met intensieve ouderlijke betrokkenheid, er waren dan meer sessies met de ouders dan met het kind. In 44% van de gevallen werd CGT gecombineerd met minimale ouderbetrokkenheid, er waren dan meer sessies met het kind dan met de ouders, gelijk aan de CGT-conditie. In slechts 4% van de gevallen bij de TAU-conditie bestond de behandeling uitsluitend uit psychomotorische therapie. De mate van ouderbetrokkenheid was dus in 96% van de gevallen gelijk aan, of zelfs hoger dan de mate van ouderbetrokkenheid in de CGT-conditie.

Meetinstrumenten

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). De Scared is een screeningsinstrument voor angstproblematiek bij kinderen en jongeren van zeven tot

negentien jaar (Birmaher et al., 1997). De Scared heeft zowel een kindversie, als een ouderversie. De vragenlijst van 69 items geeft, naast een totaalscore, een score voor de subschalen separatieangststoornis (twaalf items), paniekstoornis (dertien items), specifieke fobie (dertien items), sociale fobie (zeven items), obsessief-compulsieve stoornis (negen items), posttraumatische en acute stress stoornis (vier items) en gegeneraliseerde angststoornis (negen items). Elk item wordt gescoord op een 3-punts Likertschaal (niet waar, soms waar, vaak waar). Twee voorbeelditems zijn ‘Als ik bang ben is het moeilijk om adem te halen’ en ‘Ik krijg hoofdpijn of buikpijn als ik op school ben’.

Elke subschaal wordt vervolgens gescoord in een van de vier categorieën: laag, normaal, hoog of risico. Voor dit onderzoek wordt alleen gekeken naar de totale angstscore die is gescoord door het kind. Omdat in deze studie de invloed van ouderbetrokkenheid zal worden onderzocht, is ervoor gekozen de ouderversie niet te gebruiken. Het zou namelijk kunnen zijn dat de rapportage van ouders beïnvloed wordt door de betrokkenheid bij de angstbehandeling van hun kind.

De psychometrische eigenschappen van de SCARED zijn veel onderzocht (Birmaher et al., 1997; Monga et al., 2000). Zo is onder andere ook gevonden door Birmaher et al. (1997) dat er geen leeftijdsverschillen zijn waargenomen in de resultaten bij kinderen die de SCARED-C hebben ingevuld. In de huidige studie was de betrouwbaarheid van de totaalscore hoog (Cronbach's $\alpha=0.91$).

Analyses

Om te kijken of de invloed van ouderparticipatie bij angstbehandeling van kinderen verschilt tussen jonge en oude kinderen zal een tweewegvariantieanalyse uitgevoerd worden. Zo kan gekeken worden of de verschilscore van de angstklachten tussen de twee condities verschillen bij jonge en oude kinderen. De hypothese hierbij is dat met name jonge kinderen duidelijk profiteren van betrokkenheid van de ouders bij de angstbehandeling. Er zal gekeken worden naar verschillen in de effecten op korte termijn (aan de hand van de nameting) en op lange termijn (aan de hand van de follow up meting na twaalf maanden).

De onafhankelijke variabelen zijn ouderbetrokkenheid en leeftijd van het kind. De variabele leeftijd zal hierbij verdeeld worden in een groep jonge kinderen en een groep oude kinderen. Hierbij doet zich echter één probleem voor, het is namelijk niet duidelijk of de groep kinderen met de leeftijd van tien jaar oud onder de groep jonge of oude kinderen vallen. Er is geen overtuigende theoretische kennis die deze keuze kan onderbouwen. De groepen

kinderen in de leeftijd 7-9 en 11-13 zijn ongeveer even groot, dus de groep tienjarige kinderen zou de vergelijkbaarheid van de groep jonge en oude kinderen mogelijk uit balans kunnen brengen. Om het effect van deze keuze zo klein mogelijk te laten zijn zal de tweewegvariantie analyse drie keer uitgevoerd worden. Eerst worden de tienjarige kinderen bij de leeftijd 'jong' gerekend. Vervolgens worden ze bij de groep 'oud' gerekend. Bij de derde analyse zullen de kinderen met de leeftijd van tien jaar niet meegenomen worden. Er wordt zowel gekeken naar de hoofdeffecten van ouderbetrokkenheid en leeftijd als het interactie-effect van deze twee variabelen (ouderbetrokkenheid * leeftijd).

Voor een tweewegvariantieanalyse gelden drie assumpties. Allereerst moeten de scores onafhankelijk van elkaar zijn. Of dit het geval is kan afgeleid worden uit het onderzoeksontwerp. In dit geval zijn er geen elementen in het onderzoek die erop zouden kunnen duiden dat de scores niet onafhankelijk van elkaar zijn. De tweede assumptie is dat de scores van de afhankelijke variabele normaal verdeeld moeten zijn. Om dit te controleren is een histogram gemaakt waarin te zien was dat de data redelijk normaal verdeeld leek. Wel viel op dat aan de linkerkant een kleine piek was, wat erop zou kunnen duiden dat de scores licht rechtsscheef verdeeld zijn. Om dit verder te onderzoeken is de Kolmogrov-Smirnov test van normaliteit uitgevoerd. Hieruit is gebleken ($p = .20$) dat er geen reden is om aan te nemen dat de scores niet normaal verdeeld zijn. Als laatste assumptie moet er sprake zijn van gelijke standaarddeviaties (homoscedasticiteit). Hiervoor is een QQ-plot gemaakt en zijn de standaarddeviaties op de afhankelijke variabele vergeleken tussen de CGT-groep ($sd = 22.87$) en de TAU-groep ($sd = 23.52$). De factor tussen de twee standaarddeviaties is kleiner dan twee, dit duidt ook op homoscedasticiteit. Er wordt dus voldaan aan alle drie assumpties.

Resultaten

Beschrijvende resultaten

Om een algemene indruk te krijgen van de data is eerst gekeken naar de gemiddelde angstscore van de deelnemers bij de drie metingen die gebruikt zullen worden. Deze scores zijn weergegeven in Tabel 1. De gemiddelde totale angstscore op de voor- en nameting vallen in de categorie 'normaal' en de gemiddelde totale angstscore op de nameting valt in de categorie 'laag'.

Tabel 1

Beschrijving angstscores SCARED-C van de Voormeting, Nameting en Follow-up.

Meting	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. deviatie
Voormeting	86	17.00	91.00	53.35	18.14
Nameting	69	0.00	92.00	37.26	21.51
Follow up	59	0.00	72.00	27.29	16.17

Als gekeken wordt naar de gemiddelde scores in Tabel 1 is al te zien dat de gemiddelde angstscores van de nameting en de follow-up lager zijn dan de gemiddelde angstscore bij de voormeting. Of deze afname significant is, is bekeken door middel van een gepaarde t-toets. De resultaten hiervan zijn te zien in Tabel 2. Hierbij is te zien dat de angstklachten van de kinderen significant zijn verminderd bij zowel de nameting en vervolgmeting ten opzichte van de voormeting.

Tabel 2

Gepaarde t-toets Nameting en Vervolgmeting, ten opzichte van Voormeting.

Meting	<i>n</i>	Gemiddelde	Std. deviatie	<i>t</i> -waarde	Vrijheidsgraden	<i>p</i> - waarde
Nameting	69	M=2.56	<i>sd</i> =21.25	<i>t</i> =5.64	<i>df</i> =68	<i>p</i> <.001
Vervolgmeting	59	M=3.00	<i>sd</i> =23.08	<i>t</i> =8.34	<i>df</i> =58	<i>p</i> <.001

Toetsende resultaten

De tweewegvariantieanalyse is eerst uitgevoerd met als afhankelijke variabele de verschilscore van de voormeting en de follow up na twaalf maanden. Hiermee wordt dus gekeken naar het behaalde lange ermijneffect. De analyse zal later ook nog uitgevoerd worden met de verschilscore van de voormeting en de nameting. Er is voor gekozen eerst de verschilscore met de follow up te analyseren, omdat betrokkenheid van ouders bij de angstbehandeling van hun kind mogelijk juist bij zou kunnen dragen aan de langetermijneffecten van de angstbehandeling. Er zijn 59 kinderen waarvan naast de voormeting ook een score van de follow up bekend is. Hiervan zaten 25 kinderen in de CGT-conditie en 34 in de TAU conditie. Hoeveel kinderen in de groep jong en in de groep oud zitten wisselt, doordat de leeftijd van tien jaar in de eerste analyse bij de groep ‘jong’ hoort, in de tweede analyse bij de groep ‘oud’ en in de derde analyse worden kinderen van tien jaar oud

niet meegenomen. Er waren zestien kinderen met de leeftijd van tien jaar. Er wordt getoetst met significantieniveau $\alpha \leq 0.05$.

Tabel 3

Resultaten Tweewegvariantieanalyse aan de hand van de Follow Up.

Analyse	<i>n</i> (jong)	<i>n</i> (oud)	Vrijheidsgraden	Ouderbetrokkenheid	Leeftijd	Interactie
1 (10 jaar=jong)	34	25	<i>df</i> = 1	<i>F</i> =.28 <i>p</i> =.60	<i>F</i> =.18 <i>p</i> =.67	<i>F</i> =1.72 <i>p</i> =.20
2 (10 jaar=oud)	18	41	<i>df</i> =1	<i>F</i> =.83 <i>p</i> =.77	<i>F</i> =.01 <i>p</i> =.93	<i>F</i> =.01 <i>p</i> =.94
3 (10 jaar niet meegenomen)	18	25	<i>df</i> =1	<i>F</i> =.77 <i>p</i> =.39	<i>F</i> =.03 <i>p</i> =.86	<i>F</i> =.47 <i>p</i> =.50

In bovenstaande eerste analyses zijn geen significante verschillen gevonden op zowel de twee hoofdeffecten als het interactie-effect. Dit resultaat is in tegenstelling tot de hypothese. In de tweede analyse is gekeken naar de verschillen tussen de voor- en de nameting. De resultaten staan weergegeven in Tabel 3. Er waren 69 kinderen waarvan scores bekend zijn van zowel de voor- als de nameting. De groep kinderen van tien jaar bestond uit zeventien kinderen. In deze analyse zijn wederom geen significante verschillen gevonden.

Tabel 4*Resultaten Tweewegvariantieanalyse aan de hand van de Nameting*

Analyse	<i>n</i> (jong)	<i>n</i> (oud)	Vrijheidsgraden	Ouderbetrokkenheid	Leeftijd	Interactie
1 (10 jaar=jong)	39	30	<i>df</i> = 1	<i>F</i> = .05 <i>p</i> =.82	<i>F</i> = .45 <i>p</i> =.51	<i>F</i> =.17 <i>p</i> =.72
2 (10 jaar=oud)	22	47	<i>df</i> =1	<i>F</i> = .02 <i>p</i> =.88	<i>F</i> =.18 <i>p</i> =.68	<i>F</i> =.00 <i>p</i> =.99
3 (10 jaar niet meegenomen)	22	30	<i>df</i> =1	<i>F</i> = .10 <i>p</i> =0.76	<i>F</i> =.33 <i>p</i> =.57	<i>F</i> =.03 <i>p</i> =.86

Discussie

In dit onderzoek is gekeken of het effect van ouderbetrokkenheid bij angstbehandeling voor kinderen verschilt tussen jongere en oudere kinderen. De resultaten laten zien dat er geen significante verschillen zijn gevonden tussen jongere en oudere kinderen wat betreft het effect van ouderbetrokkenheid. Ook zijn er geen hoofdeffecten gevonden van ouderbetrokkenheid en leeftijd. Deze resultaten zijn tegenstrijdig aan de hypothese, waarbij verwacht werd dat jongere kinderen meer profiteren van ouderbetrokkenheid bij behandeling van hun angststoornis dan oudere kinderen.

De gevonden resultaten in dit onderzoek zijn ook in tegenstelling tot eerdere onderzoeksresultaten. Barrett et al. (1996) deden al eerder onderzoek naar de interactie tussen ouderbetrokkenheid en leeftijd, en vonden wel degelijk dat jongere kinderen meer profiteren van ouderbetrokkenheid bij de angstbehandeling dan oudere kinderen. Het onderzoek van Barrett et al. (1996) en de huidige studie onderzochten allebei eenzelfde steekproefgrootte van kinderen in dezelfde leeftijd. Het enige verschil is dat huidige studie een vergelijking maakte tussen kindgerichte en gezinsgerichte cognitieve gedragstherapie. Het onderzoek van Barrett et al. (1996) voegde hier nog een wachtlijstconditie aan toe. De resultaten zouden van elkaar kunnen verschillen doordat Barrett et al. (1996) de resultaten ook vergeleek met deze wachtlijst conditie. Ook is het onderzoek al wat ouder, dus er kan sprake zijn van verandering

van bepaalde contextkenmerken die te maken hebben met de tijd waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarnaast kan het zo zijn dat er verschillen zaten tussen de CGT-behandelingen en de manier hoe ouders betrokken werden en waar de ouderparticipatie zich op richtte in deze specifieke gevallen. In het onderzoek van Barrett et al. (1996) richtte de ouderbetrokkenheid zich op (1) hoe ouders moedig gedrag kunnen belonen, (2) hoe ouders zelf om kunnen gaan met emoties en hiervoor een model kunnen zijn voor het kind en (3) er was een korte training voor de communicatie tussen beide ouders zodat ze in de toekomst in stressvolle situaties beter samen kunnen werken. Hoe de betrokkenheid van ouders in de TAU-conditie vorm kreeg is niet exact bekend en verschilde per kind.

Ook Bodden et al. (2008) deed onderzoek naar het verschil tussen kindgerichte en gezinsgerichte CGT en keken hierbij of er een verschil was waar te nemen tussen jongere en oudere kinderen. In dit onderzoek werd gevonden dat de angstsymptomen van jongere kinderen meer verbeterden dan van oudere kinderen, in zowel de kindgerichte als gezinsgerichte conditie. Hieruit bleek dus dat bij jongere kinderen de angstbehandeling met CGT effectiever was dan bij oudere kinderen, en dat het dus niet uitmaakt in welke mate de ouders betrokken werden bij de angstbehandeling. Huidig onderzoek vond dus ook andere resultaten dan het onderzoek van Bodden et al. (2008). Dit onderzoek voegde, net als het onderzoek van Barrett et al. (1996) een wachtlijstconditie toe. Daarnaast verschilt het onderzoek van Bodden et al. (2008) van huidig onderzoek doordat dat onderzoek een grotere steekproefomvang had en het onderzoek werd uitgevoerd bij kinderen in de leeftijd 8-17 jaar. Het ging dus om een bredere leeftijdsgroep dan in de huidige studie. De huidige studie had een kleine steekproefomvang ($n=69$). Het zou kunnen zijn dat er andere resultaten gevonden waren als de steekproef groter was geweest en er meer leeftijden bij het onderzoek betrokken zouden worden. In deze studie hadden kinderen een leeftijd tussen zeven en dertien jaar oud. Als de leeftijdsrange breder getrokken zou worden zouden er mogelijk duidelijkere verschillen zichtbaar worden omdat de ontwikkeling van de jonge en oudere kinderen dan nog verder uit elkaar ligt. Nog oudere kinderen, van bijvoorbeeld zestien jaar, zouden wellicht nog meer behoefte hebben aan autonomie dan de oudere kinderen van elf, twaalf en dertien jaar die in dit onderzoek betrokken waren. Mogelijk ligt deze behoefte dan verder uit elkaar en kan deze beter onderzocht worden.

Sterke punten en limitaties

Huidige studie heeft een aantal sterke punten. Allereerst is een sterk punt van deze studie dat de data is verzameld in de klinische praktijk. De angstbehandelingen voor de

angstige kinderen zijn dus uitgevoerd in een realistische omgeving die zo min mogelijk is beïnvloed door het onderzoek. Daarnaast was een sterk punt van dit onderzoek dat er vervolgmetingen zijn gedaan na zes en twaalf maanden. Zo kon ook het langetermijneffect van de behandelingen onderzocht worden. Hierdoor kon gekeken worden of er, naast een verschil in effect direct na de behandeling, ook een verschil in effectiviteit na twaalf maanden zichtbaar was. Volgens Barrett et al. (2001) is de betrokkenheid van ouders namelijk gunstig voor langdurigere behandeluitkomsten. Het had dus zo kunnen zijn dat ouderparticipatie bijdraagt aan langdurige implementatie van de kennis die het kind en de ouders tijdens de therapie hebben opgedaan en dat hierbij ook een verschil zichtbaar zou zijn geweest tussen jongere en oudere kinderen.

Ook heeft het onderzoek een aantal beperkingen. De kleine steekproefgrootte en betrokken leeftijden zijn eerder al beschreven. Daarnaast zijn de kinderen geselecteerd met het criterium dat er bij het kind sprake moest zijn van een DSM-IV angststoornis diagnose. Deze zijn verkregen door een uitgebreid diagnostisch proces zoals gebruikelijk binnen één van de deelnemende instellingen. Een voordeel hiervan was dat het onderzoek optimaal aansloot bij de procedures binnen de instellingen en zo extra inspanningen ten behoeve van het onderzoek beperkt konden worden. Een nadeel hiervan was echter dat deze diagnoses niet op een gestandaardiseerde manier verkregen is door bijvoorbeeld afname van klinische interviews. Verder viel bij inspectie van de resultaten op dat de gemiddelde angstscores niet uitzonderlijk hoog waren. De gemiddelde totale angstscore op de voor- en nameting vielen in de categorie 'normaal' en de gemiddelde totale angstscore op de nameting viel in de categorie 'laag'. Met een populatie kinderen die gediagnosticeerd zijn met een angststoornis zou je verwachten dat de gemiddelde angstscores in de categorie 'verhoogd' of 'risico' zouden vallen. Dat dit niet zo was, kan aan twee dingen liggen. Zo zijn er kinderen die op slechts één subschaal hoog scoorden en om deze reden deelnamen aan het onderzoek. Hierdoor kan hun gemiddelde angstscore lager uitvallen, aangezien hun angst een minder algemene vorm heeft. Daarnaast deden er kinderen mee die bij het onderzoek betrokken zijn geraakt via hun basisschool. De steekproef was hierdoor een mix van kinderen met een klinische angststoornis die al waren doorverwezen voor behandeling en kinderen die behandeling nodig hebben, maar deze anders niet hadden gekregen. Dit kan ervoor hebben gezorgd dat ze de SCARED lager hebben ingevuld, omdat ze zelf nog niet op het punt waren hulp in te schakelen voor de behandeling van hun angststoornis. Deze kinderen ervaren mogelijk minder last van hun

angststoornis. In een vervolgonderzoek zou nog eens kritisch gekeken kunnen worden naar deze manier waarop participanten zijn geworven.

Een andere limitatie van dit onderzoek is de leeftijd van de jongste kinderen van zeven en acht jaar ($n=11$) die meededen aan dit onderzoek. Jongere kinderen veranderen veel, ook in hun denken en begrip (Silverman & Ollendick, 2005). Omdat in dit onderzoek gebruik is gemaakt van de zelfbeoordelingsvragenlijst SCARED zou de zelfbeoordeling van jonge kinderen minder betrouwbaar kunnen zijn (Silverman & Ollendick, 2005). Ook zijn er veel deelnemers gedurende het onderzoek uitgevallen waardoor zij de vragenlijsten niet meer hebben ingevuld. Er zijn vier metingen met de SCARED gedaan (voormeting, nameting, vervolgmetingen na zes en twaalf maanden) en bij lang niet alle participanten zijn alle vier de scores bekend. Het zou kunnen dat kinderen met bepaalde kenmerken zij uitgevallen en dat dit niet geheel willekeurig is gegaan. Dit zou invloed gehad kunnen hebben op de resultaten. Als dit zo is, dan zouden de resultaten vertekend worden. Zo zou bijvoorbeeld bij de oudere kinderen in de TAU-groep de betrokkenheid van de ouders voor weerstand gezorgd kunnen hebben waardoor deze kinderen afzien van hun deelname aan het onderzoek. Hierdoor kan dus het verschil in effectiviteit van ouderbetrokkenheid tussen jongere en oudere kinderen minder goed waargenomen worden en wordt er mogelijk geen significant verschil gevonden.

Tevens is het belangrijk terug te komen op de TAU-conditie. Bij de behandeling van de kinderen in de TAU-conditie was sprake van evenveel, of meer ouderbetrokkenheid dan bij kinderen in de CGT-conditie. Welke ouders precies meer betrokken zijn geweest bij de behandeling was helaas niet bekend. De TAU-groep is als het ware gebruikt als proxy voor meer ouderbetrokkenheid, omdat er bij deze kinderen in elk geval niet minder sprake was van ouderbetrokkenheid tijdens de behandeling, maar of dat in alle gevallen daadwerkelijk het geval was is niet bekend. Aangezien een deel van de ouders van de kinderen in de TAU en CGT-conditie dus evenveel werden betrokken en de steekproef al niet zo groot was, bemoeilijkt dit het vinden van een verschil tussen beide groepen. In een volgend onderzoek zou er beter een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen kinderen die kindgerichte CGT krijgen en kinderen die familie gerichte CGT krijgen door duidelijk te hebben per kind welk kind een vorm van familiegerichte CGT ontvangt. Zo kunnen de groepen beter vergeleken worden en zijn de resultaten wellicht overtuigender.

Ook kregen de kinderen in de TAU-groep geen geprotocolleerde CGT-behandeling, maar een behandeling die de therapeut het meest passend vond waarbij het in bijna alle gevallen (96%) ging om een behandeling met elementen van CGT. In de CGT-conditie

daarentegen, bestonden de sessies uit heel gestructureerde sessies door een getrainde therapeut met duidelijke instructies over de inhoud van elke sessie. Ook hadden alle therapeuten dezelfde training ontvangen waardoor de behandeling meer uniform was. Bij de TAU-groep was de therapeut hier niet specifiek voor getraind en werd de inhoud en duur van elke sessie door de therapeut bepaald. De behandeling was hier mogelijk flexibeler en meer gepersonaliseerd. Ook bestond de TAU gemiddeld genomen uit minder behandelingen dan de CGT. De therapieën die de kinderen in beide groepen kregen kwamen dus in zekere zin overeen, maar bevatten ook een aantal verschillen. Er waren met name veel verschillen binnen de behandeling van de kinderen in de TAU-conditie. Mogelijk heeft dit eraan bijgedragen dat in dit onderzoek geen significante resultaten zijn gevonden. In een volgend onderzoek zou er dus naar gestreefd kunnen worden de behandeling die kinderen in de TAU-conditie ontvangen meer overeen te laten komen.

De resultaten die in dit onderzoek zijn verkregen geven geen aanleiding tot het veranderen van de mate waarin ouders van angstige kinderen betrokken worden bij de angstbehandeling van hun kind. Er is niet gevonden dat jongere of oudere kinderen een andere behandeling nodig hebben door het wel, of juist niet, betrekken van de ouders bij de angstbehandeling. Er zijn geen overtuigende resultaten die laten zien dat het betrekken van de ouders wel of niet gunstig is voor de (langdurige) behandeluitkomsten. Daarom betekent dit voor de praktijk dat ze geen aanpassingen hoeven te doen. Hopelijk zijn professionals door dit onderzoek wel geactiveerd om hun manier van werken nog eens kritisch te bekijken. Hoe worden ouders nu betrokken? En wordt hierin een verschil gemaakt tussen jongere en oudere kinderen en wat zijn hiertoe de overwegingen? Wellicht kan dit onderzoek zo een bijdrage leveren aan de klinische praktijk.

In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de effectiviteit van ouderbetrokkenheid bij angstbehandeling van kinderen afhangt van de leeftijd van het kind. Dit is onderzocht in de klinische praktijk door 68 kinderen een angstbehandeling gebaseerd op Cognitieve Gedragstherapie te laten volgen. Hierbij zijn geen significante verschillen gevonden die de hypothese ondersteunen dat jongere kinderen meer baat hebben bij betrokkenheid van de ouders bij hun angstbehandeling. In vervolgonderzoek zou dit nog eens onderzocht kunnen worden met een grotere steekproef en een breder bereik aan leeftijden.

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. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : dsm-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 569–581.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333–42.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135–41.
- 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*.
- Bodden, D. H. M., Bogels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A. G., & Appelboom-Geerts, K. C. M. M. J. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1384–1394.
- Boegels, (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten. Met het cognitief gedragstherapeutisch protocol Denken + Doen = Durven*.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). *Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders*.

- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(6), 893.
- Derryberry, D., & Tucker, D.M. (2006). *Motivation, selfregulation, and self-organization*. In Cicchetti D & Cohen D.j. (Eds), *Developmental Psychopathology: Volume Two: Developmental Neuroscience*, Second Edition (pp. 502–532).
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 144–162. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10567-011-0109-0>
- Ginsburg, G. S., Silverman, W. K., & Kurtines, W. K. (1995). Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: a look ahead. *Clinical Psychology Review*, 15(5), 457–457
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–110. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.100>
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282–297. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.282>
- Lieshout, T. van, & Deth, R. van. (2018). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen: een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten (Derde, herziene druk)*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Monga, S., Birmaher, B., Chiappetta, L., Brent, D., Kaufman, J., Bridge, J., & Cully, M. (2000). Screen for child anxiety-related emotional disorders (scared): convergent and divergent validity. *Depression and Anxiety*, 12(2), 85–91. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:2<85::AID-DA4>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:2<85::AID-DA4>3.0.CO;2-2)
- 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. (2015). Academic impairment and impact of treatments among youth with anxiety disorders. *Child & Youth Care Forum : Journal of Research and Practice in*

- Children's Services*, 44(3), 327–342. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10566-014-9290-x>
- Parra, A., & Oliva, A. (2009). A longitudinal research on the development of emotional autonomy during adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 66–75.
- Peris, T. S., Thamrin, H., & Rozenman, M. S. (2021). Family intervention for child and adolescent anxiety: A meta-analytic review of therapy targets, techniques, and outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 286, 282–295. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jad.2021.02.053>
- Pfeifer, J.H. and Berkman, E.T. (2018). The Development of Self and Identity in Adolescence: Neural Evidence and Implications for a Value-Based Choice Perspective on Motivated Behavior. *Child Dev Perspect*, 12: 158-164. <https://doi.org/10.1111/cdep.12279>
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47–67.
- Reuman, L., Thompson-Hollands, J., & Abramowitz, J. S. (2021). Better together: A review and recommendations to optimize research on family involvement in CBT for anxiety and related disorders. *Behavior Therapy*, 52(3), 594–606. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.beth.2020.07.008>
- Siegler, R. S., Saffran, J., Gershoff, E. T., Eisenberg, N., & Leaper, C. (2020). *How children develop*. Worth.
- Silverman, W. K., & Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 34(3), 380–411.
- Tick, N. T., Van Der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 473-482.
- Van Doorn, M., Jansen, M., Lichtwarck-Aschoff, A., Bodden, D., & Granic, I., (2017). A *Randomized Controlled Effectiveness Study Comparing Manualized Cognitive*

Behavioral Therapy (CBT) with Treatment-As-Usual for Clinically Anxious Children.

<https://doi.org/10.4172/2167-0870.1000330>

Van Rooijen, K. (2018). *NJI dossier, Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen?*

Wensel, A. (Ed.). (2021). *Handbook of cognitive behavioral therapy (Vol. Vol. 2, applications /)*. American Psychological Association.

Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Bjelland, I., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., Öst, L.-G., Bjaastad, J. F., Oeding, K., Havik, O. E., & Heiervang, E. R. (2016). Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 1–12. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.brat.2015.11.001>