



Child Anxiety in Mental Health Care. Closing the Gaps between Research and Clinical Practice

L. Jongerden

Samenvatting

Angststoornissen zijn de meest voorkomende vorm van psychische problemen bij kinderen. Desondanks wordt slechts de minderheid van deze kinderen verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In dit proefschrift is aangetoond dat de beperkingen in het dagelijks functioneren van kinderen, ten gevolge van de angststoornissen, gerelateerd zijn aan een verwijzing naar de GGZ. Kinderen die meer beperkingen ervoeren, werden vaker verwezen naar de GGZ (hoofdstuk 3). Desondanks bleek uit onze studie dat de meerderheid van de kinderen die niet naar de GGZ verwezen waren, weldegelijk aan een angststoornis leed. In dit proefschrift is uiteengezet dat een meer toegankelijke GGZ, bijvoorbeeld door kennis van ouders te vergroten, en het investeren in preventieprogramma's, het aantal verwijzingen naar de GGZ zou kunnen verhogen (discussie). Logan is een jongen die verwezen is naar de GGZ. Hij lijdt onder de gevolgen die zijn separatieangststoornis en paniekaanvallen hebben op zijn dagelijks leven. De klinische casusbeschrijving van Logan (hoofdstuk 2) beschrijft diverse kind-, - en familiekenmerken (zoals genetische kwetsbaarheid, angstige modellering en overbeschermend opvoeden) die een bijdrage hebben geleverd aan de oorzaak en instandhouding van Logans angststoornis. Ondanks de aanwezige angstverhogende en instandhoudende familiekenmerken, heeft Logan meegedaan aan een *kindgerichte* groeps cognitieve gedragstherapie (CGT). Zijn ouders hebben alleen aan twee ondersteunende ouderbegeleidingssessies deelgenomen. De kindgerichte groeps CGT heeft Logan geholpen om zijn angsten te overwinnen (discussie). Dit positieve resultaat komt overeen met de onderzoeksbevindingen die hieronder beschreven worden.

Tijdens de behandeling van angststoornissen bij kinderen, wordt aan ouders geleerd hoe zij opvoedingsgedragingen en gezinsfunctioneren die bijdragen aan angststoornissen, kunnen verbeteren. De rationale achtergrond is dat dit de behandeling effectiever zou maken en ervoor kan zorgen dat wat kinderen binnen de therapie leren, duurzaam gegeneraliseerd wordt naar het dagelijks leven.

In hoofdstuk 4 staat beschreven dat er alleen wat betreft het 'autonomie bevorderend opvoeden' (ouderrapportage, kindrapportage) en 'relationeel gezinsfunctioneren' (ouderrapportage) een verschil was tussen gezinnen van klinisch angstige kinderen en gezinnen van controle kinderen. Zoals voorspeld, werd er minder autonomie bevorderend opgevoed en was het relationeel gezinsfunctioneren minder goed in de gezinnen van klinisch angstige kinderen, gebaseerd op ouderrapportage. Klinisch angstige kinderen rapporteerden juist meer autonomie bevorderend opvoedgedrag van hun ouders. Er zijn echter geen verschillen gevonden tussen de twee groepen in de mate waarop zij 'afwijzend' en 'overbeschermend' opvoeden en de mate van 'gezinscontrole'. Kortom, er zijn niet zoveel verschillen in opvoedingsgedragingen en gezinsfunctioneren gevonden tussen de gezinnen van klinisch angstige kinderen en gezinnen van controle kinderen als verwacht.

Desalniettemin blijken de opvoedingsgedragingen en het gezinsfunctioneren weldegelijk te verbeteren na zowel gezins-cognitieve gedragstherapie (GCGT) als kindgerichte cognitieve gedragstherapie (KCGT). De GCGT en KCGT zijn ook even effectief. Uit deze studie blijkt ook dat een positief relationeel gezinsfunctioneren, gemeten direct na afloop van de behandeling, de enige gezinsvariabele is die samenhangt met een verbetering van de angstklachten op de lange termijn. Dit verband is alleen gevonden voor adolescenten en niet voor kinderen in de basisschoolleeftijd (hoofdstuk 4).

De resultaten uit hoofdstuk 4 roepen vragen op over welke principes in therapie voor angststoornissen bij kinderen eigenlijk zorgen voor een verbetering van angstklachten (discussie). Op basis van de uitkomsten kan in ieder geval de suggestie gedaan worden dat KCGT de voorkeursbehandeling moet zijn voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen. Het verband tussen opvoedings – en gezinsfactoren en angst bij kinderen wordt wellicht overschat. Het zou kunnen dat ‘angst verhogende’ opvoedingsgedragingen ook voorkomen in gezinnen met kinderen die aan andere vormen van psychopathologie lijden. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de kenmerken van kinderen en hun gezinnen die niet (voldoende) baat hebben bij hun angstbehandeling (discussie).

Geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt gezien als een effectieve behandeling voor angststoornissen bij kinderen. De omstandigheden behorend bij de onderzoeken waarin CGT's meestal worden onderzocht, zijn wellicht heel anders dan de omstandigheden in de reguliere klinische praktijk waarin de CGT's uiteindelijk gebruikt moeten worden. Dit betekent dat de *resultaten* van CGT in onderzoeksstudies (efficacy) wellicht ook anders zijn dan de resultaten behaald met dezelfde CGT in de reguliere klinische praktijk (effectiveness).

Dit proefschrift laat zien dat CGT voor angststoornissen bij kinderen niet alleen effectief is binnen gecontroleerde onderzoeksomstandigheden, maar ook in de reguliere klinische praktijk. Angstklachten van kinderen verminderden evenveel in een ‘onderzoek’ als een ‘klinische praktijk’ conditie (hoofdstuk 6). Er blijkt ook dat therapeuten met meer (algemene) ervaring in de geestelijke gezondheidszorg en therapeuten die meer ervaring hebben met angstbehandelingen, betere resultaten behaalden, gemeten drie maanden na afloop van de behandeling. Er is geen verband gevonden tussen de verbetering van angstklachten en of de therapeut een specifieke angsttraining heeft gevolgd, supervisie kreeg, of hoe nauwkeurig het behandelprotocol (behandelintegriteit) gevolgd is (hoofdstuk 7). Dit is tegengesteld aan het gangbare idee dat specifieke therapie-training, supervisie en behandelintegriteit noodzakelijk zijn voor een goede behandelimplementatie. Er is dan ook bediscussieerd dat de kwaliteit van de geleverde interventies mogelijk meer voorspellend zijn voor positieve behandelresultaten, dan hoe goed men zich aan het protocol houdt (discussie).

Dit proefschrift laat zien dat het CGT protocol Denken + Doen = Durven (DDD) een effectieve behandeling is in de reguliere klinische praktijk waar kinderen niet - zoals in onderzoek – geselecteerd werden op basis van in – en exclusiecriteria, en de therapeuten een variëteit aan opleidingsachtergrond en ervaring in de hulpverlening en met angstbehandelingen hebben, die veelal geen specifieke (DDD) training of supervisie hebben gevolgd en die niet verplicht werden zich nauwkeurig aan het protocol te houden. De meerderheid van kinderen met angststoornissen profiteert van een geprotocolleerde CGT. Onderzoek dat plaatsvindt binnen de reguliere klinische praktijk (effectiveness onderzoek) geeft onderzoekers de kans om meer inzicht te krijgen in de kinderen en hun families die niet (voldoende) profiteren van geprotocolleerde CGT. Als vervolg op dit proefschrift kan gezocht worden naar het antwoord op de vraag: Wat gebeurt er met deze kinderen en hun gezinnen als het protocol is doorlopen en de onderzoekers naar huis zijn gegaan (algemene discussie)?