

Werkzame factoren in de behandeling van kinderen met angststoornissen na de transitie jeugdzorg



Denken + Doen = Durven

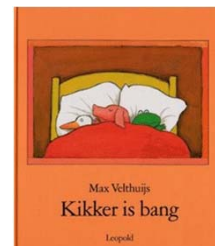
Door: Liesbeth Telman en Marija Maric

Met medewerking van Bonny van Steensel en Susan Bögels



Kikker is bang

- Welke symptomen van angst herken je?



Angst bij kinderen: een casus

Joep, 14 jaar, durft niet te eten in het bijzijn van anderen en heeft last van paniekaanvallen. Sinds januari zit hij in een zorgklas op school, sindsdien zijn de paniekaanvallen afgenomen. Bij familie durft hij wel te eten. Hij is klein voor zijn leeftijd en voelt zich hier onzeker over. Moeder maakt zich veel zorgen over Joep, ze wil hem niet teveel belasten.

Angststoornissen in DSM 5

- Separatieangststoornis
- Selectief mutisme
- Specifieke fobie
- Sociale angststoornis
- Paniekstoornis
- Agorafobie
- Geeneraliseerde angststoornis

4

Angststoornis Prevalentie

- Geeneraliseerde angststoornis 3-4%
- Separatie angststoornis 2-5%
 - Schoolfobie <1%
- Specifieke fobie 0,5%
- Paniekstoornis 3%
- Sociale Fobie 0.3-1,5%
- Selectief mutisme 0.2-1.9%
- Algemene bevolking: 0,5-5%
- Klinische populatie: 10-20%
- Meisjes doorgaans evenveel als jongens tot aan de adolescentie.

Zie Klein & Pine (2002); Treffers (2002)

5

Risico en beschermende factoren angststoornissen

- *Kind:*
 - temperament;
 - cognitieve en aandachtskenmerken;
 - negatieve leerervaringen
 - *Ouders:*
 - overbescherming/controle (?);
 - ouderlijke psychopathologie
 - *Omgeving:*
 - armoede, foute vrienden, oorlog
 - *Beschermende factoren:*
 - effortful control
- => Factoren werken in interactie met elkaar

6

Behandeling angststoornissen

- Ruim 50! jaar onderzoek: Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de meest evidence-based behandeling voor angststoornissen.
- Belangrijke componenten:
 - Cognitieve therapie
 - Exposure
 - Sociale vaardigheden
 - PE, probleem oplossen, doelen stellen, etc.
- Ongeveer 30% zoekt hulp
- Ongeveer 2/3 is genezen na CGT

(Seligman & Ollendick, 2011; Weisz, et al., 2008)

7

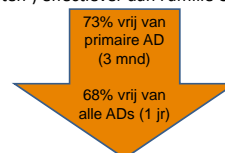
CGT protocol:

Denken + Doen = Durven (DDD)

Onderzoek 1: gezinsgerichte CGT versus kindgerichte CGT (Bodden et al., 2008)

Uitkomsten:

- Kind CGT (kosten-) effectiever dan Familie CGT



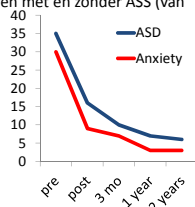
Denken + Doen = Durven (Bögels, 2008)

Denken + Doen = Durven (DDD)

Onderzoek 2: DDD voor kinderen 8-18 jr met en zonder ASS (van Steensel & Bögels, in press)

Uitkomsten:

- Effectiviteit DDD niet sterk verschillend voor kinderen met en zonder ASS (van Steensel & Bögels, in press):
 - 61% vrij van primaire AD (ASS) tegenover 64%
 - 39% vrij van alle ADs (ASS) tegenover 55%
- Aanpassingen voor ASS?
=> van Steensel & Bögels in Braet & Bögels, 2014



Denken + Doen = Durven (DDD)

Onderzoek 3: DDD in de klinische praktijk

(Jongerden, van Steensel, & Bögels, submitted)

(Jongerden, Oort, & Bögels, submitted)

Uitkomsten:

- DDD in de klinische praktijk even effectief als onderzoeksetting
- Therapeut factoren opleiding, supervisie, en training niet van belang
- Therapeuten met meer ervaring krijgen cliënten met zwaardere angstproblematiek
- Therapeuten die ervaring hebben met het behandelen van cliënten met angststoornissen, halen een betere behandel-effectiviteit ('oefening baart kunst')

Behandeling angststoornissen

- Ruim 50! jaar onderzoek: Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de meest evidence-based behandeling voor angststoornissen.
- Nog steeds profiteert 1/3 niet vd behandeling
- Moving beyond "yes or no question"!

Maar:

- ? Welke kinderen en jongeren profiteren het meest
- ? Wat zijn de processen die ertoe leiden dat een kind minder angstig wordt – hoe werkt het
- ? Welke CGT componenten leiden tot verbetering?
- ? Kan feedback aan therapeuten effectiviteit vergroten

(Seligman & Ollendick, 2011; Weisz, et al., 2008)

11

Denken + Doen = Durven (DDD)

- Doelen huidig onderzoek:
"Werkzame factoren na de transitie jeugdzorg"

Wat willen we weten?

1. Wie profiteert het meest (minst) van de behandeling?
2. Wat is de invloed van de werrelatie tussen therapeut en cliënt op de effectiviteit van behandeling?
3. Welke therapie ingrediënten zijn (meer) belangrijk?
4. Is het wekelijks laten rapporteren over klachten en de tevredenheid met de sessies zinvol (en betrouwbaar)? En kan de werrelatie verbeterd worden mbv feedback?
5. Wie moet naar de basis GGZ of specialistische GGZ verwezen worden?

Denken + Doen = Durven (DDD)

- Doelen huidig onderzoek:
"Werkzame factoren na de transitie jeugdzorg"

Wat willen we weten?

- Wie profiteert het meest (minst) van de behandeling?
- Wat is de invloed van de werkrelatie tussen therapeut en cliënt op de effectiviteit van behandeling?
- Welke therapie ingrediënten zijn (meer) belangrijk?
- Is het wekelijks laten rapporteren over klachten en de tevredenheid met de sessies zinvol (en betrouwbaar)? En kan de werkrelatie verbeterd worden mbv feedback?
- Wie moet naar de basis GGZ of specialistische GGZ verwezen worden?

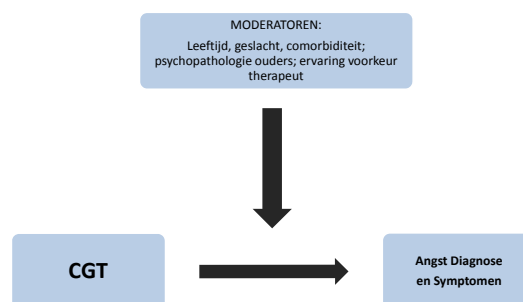
Doel 1: Welke kinderen profiteren het meest van CGT?

- De vraag naar **moderatoren van CGT uitkomsten**
- Welke behandeling werkt voor welke kind het beste in welke setting en wie heeft een alternatieve behandeling nodig?*

Onderzoek tot nu toe: **Moderatie CGT uitkomsten** bij angstige kinderen

Potentiele moderator	Studies
Leeftijd	?
Geslacht	?
Ouderlijke psychopathologie	✓ Bodden et al. (2008) Cobham et al. (1998)
Comorbide ASS	✓ Puleo & Kendall (2011)
Comorbide sociale fobie	✓ Compton et al. (2014) Liber et al. (2008) Manassis et al. (2002)

Huidig onderzoek:
Welke kinderen profiteren het meest van CGT?



Denken + Doen = Durven (DDD)

- Doelen huidig onderzoek:
"Werkzame factoren na de transitie jeugdzorg"

Wat willen we weten?

- Wie profiteert het meest (minst) van de behandeling?
- Wat is de invloed van de werkrelatie tussen therapeut en cliënt op de effectiviteit van behandeling?
- Welke therapie ingrediënten zijn (meer) belangrijk?
- Is het wekelijks laten rapporteren over klachten en de tevredenheid met de sessies zinvol (en betrouwbaar)? En kan de werkrelatie verbeterd worden mbv feedback?
- Wie moet naar de basis GGZ of specialistische GGZ verwezen worden?

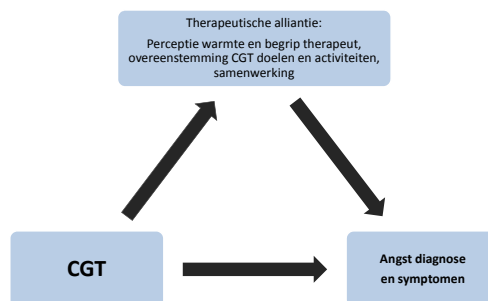
Doel 2: Invloed van werkrelatie op effecten CGT

- De vraag naar **mediatoren van CGT uitkomsten**
- Mediators are all around us*
- Binnen CGT specifieke (bijv. cognities) vs. niet-specifieke (bijv. alliantie) werkingsmechanismen

Onderzoek tot nu toe: **Mediatie CGT uitkomsten** bij angstige kinderen

Potentiele mediators	Studies
<i>Specifieke factoren</i>	
Negatieve cognities	✓ Kendall & Treadwell 1996); Treadwell & Kendall (2007); Lau et al. (2010); Maric et al., (2013); Hogendoorn et al. (2014)
Vermijdingsgedrag	?
Sociale vaardigheden	? Alfano et al. (2009)
<i>Niet-specifieke factoren</i>	
Therapeutische alliantie	?

Huidig onderzoek: Invloed van werkrelatie cliënt-therapeut op CGT uitkomsten



Denken + Doen = Durven (DDD)

- Doelen huidig onderzoek:
"Werkzame factoren na de transitie jeugdzorg"

Wat willen we weten?

- Wie profiteert het meest (minst) van de behandeling?
- Wat is de invloed van de werkrelatie tussen therapeut en cliënt op de effectiviteit van behandeling?
- Welke therapie ingrediënten zijn (meer) belangrijk?
- Is het wekelijks laten rapporteren over klachten en de tevredenheid met de sessies zinvol (en betrouwbaar)? En kan de werkrelatie verbeterd worden mbv feedback?
- Wie moet naar de basis GGZ of specialistische GGZ verwezen worden?

Doel 3: Welke therapie ingrediënten zijn (meer) belangrijk?

- CGT protocollen = veel onderdelen
- Maar welke componenten zijn de meest effectief voor een specifieke cliënt?
- Cognitieve Therapie alleen:
? Wellicht lastig met jongere kinderen en kinderen met een lager niveau van cognitieve ontwikkeling
- Exposure alleen:
? Handig met jongere kinderen
✓ Handig met specifieke angststoornissen (fobie)
[Ollendick et al. 2009; Öst et al., 2001]
- Mindfulness: ?

Denken + Doen = Durven (DDD)

- Doelen huidig onderzoek:
"Werkzame factoren na de transitie jeugdzorg"

Wat willen we weten?

- Wie profiteert het meest (minst) van de behandeling?
- Wat is de invloed van de werkrelatie tussen therapeut en cliënt op de effectiviteit van behandeling?
- Welke therapie ingrediënten zijn (meer) belangrijk?
- Is het wekelijks laten rapporteren over klachten en de tevredenheid met de sessies zinvol (en betrouwbaar)? En kan de werkrelatie verbeterd worden mbv feedback?
- Wie moet naar de basis GGZ of specialistische GGZ verwezen worden?

Doel 4: Wekelijks rapporteren van klachten

- Kinderen die wekelijks feedback geven aan de therapeut over hun functioneren, gingen sneller vooruit dan kinderen die dit niet deden (Bickman et al., 2011)
- Wekelijkse feedback geeft de therapeut informatie om de behandeling aan te passen (Weisz et al., 2011) en een flexibele houding van therapeut draagt bij aan een actieve bijdrage van het kind aan de therapie (Hudson et al., 2014)
- ? Invloed van feedback op de therapeutische alliantie

Denken + Doen = Durven (DDD)

- Doelen huidig onderzoek:
“Werkzame factoren na de transitie jeugdzorg”

Wat willen we weten?

1. Wie profiteert het meest (minst) van de behandeling?
2. Wat is de invloed van de werkrelatie tussen therapeut en cliënt op de effectiviteit van behandeling?
3. Welke therapie ingrediënten zijn (meer) belangrijk?
4. Is het wekelijks laten rapporteren over klachten en de tevredenheid met de sessies zinvol (en betrouwbaar)? En kan de werkrelatie verbeterd worden mbv feedback?
5. Wie moet naar welk type zorg verwezen worden?

Doel 5: Type zorg

- DDD blijkt even effectief in de klinische praktijk als in gecontroleerd onderzoek en opleidingsniveau behandelaar lijkt niet van invloed op effectiviteit DDD (Jongerden, 2015)

Dus: DDD aanbieden in verschillende typen zorg om de volgende vragen – in het kader van de transitie jeugdzorg – te beantwoorden:

- Waarin verschillen kinderen in de jeugdhulpverlening, basis GGZ en specialistische GGZ?
- Kunnen we op basis van voormeting voorspellen wie in welke zorg terecht komt?



Protocol Denken + Doen = Durven



Behandeling (opzet)

- Individuele behandeling, nieuwe versie van DDD
- Therapeuten kiezen zelf (of in overleg met cliënt) welke ‘therapie ingrediënten’ (delen van modules) ze willen gebruiken en wie bij de sessie aanwezig is (kind, ouder, gezin)
- Therapeuten krijgen een werkboek voor elke cliënt met losse werkbladen en kiezen zelf welke werkbladen ze gaan gebruiken en meegeven aan de cliënt (niet gebruikte werkbladen worden teruggestuurd)
- Aantal sessies: streven naar 10 sessies, maar doorbehandelen mag altijd (ook wanneer vooraf verwacht wordt dat 10 sessies niet haalbaar is, is dit geen exclusiecriteria)

Behandeling (modules)

- **Sessie 1: Psycho-educatie**
- Cognitieve Technieken (Denken)
- Lichaamssignalen, ontspanning, mindfulness (Voelen)
- Coping (Helpend gedrag)
- Exposure (Doen)
- Experimenten
- Communicatie kind-ouders over angst
- Ouderbegeleiding
- **Laatste sessie: Samenvatting en terugvalpreventie**

Behandeling (modules)

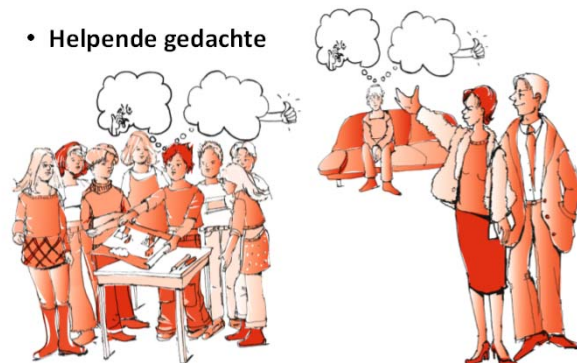
- Sessie 1: Psycho-educatie
- **Cognitieve Technieken (Denken)**
- **Lichaamssignalen, ontspanning, mindfulness (Voelen)**
- **Coping (Helpend gedrag)**
- **Exposure (Doen)**
- Experimenten
- Communicatie kind-ouders over angst
- Ouderbegeleiding
- Laatste sessie: Samenvatting en terugvalpreventie

MODULE B: DENKEN

- **Gedachten uitdagen** (bewijzen voor en tegen)
- **Gedachtestrategieën**; manieren van denken waardoor je angst blijft bestaan
- **Helpende gedachte**

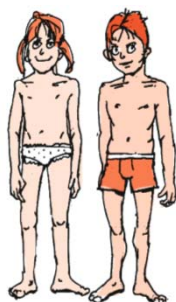
MODULE B: DENKEN

- **Helpende gedachte**



MODULE C: VOELEN

- Lichaamssignalen
- Ontspanningsoefeningen
- Mindfulness oefeningen

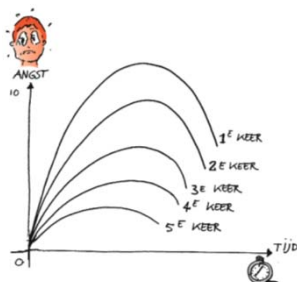


MODULE D: COPING

- **Helpend gedrag**: welk gedrag helpt bij de helpende gedachte?
- **Moedig gedrag**: wat zou een held doen?
- **Taakconcentratie I**: aandacht richten op een taak of omgeving in plaats van op zichzelf
- **Taakconcentratie II**: taak voor werkgeheugen, bijv. terugtellen, ABC voor landen
- **Piekertijd**: uitstellen van piekeren tot een vooraf ingestelde tijd
- **Positieve herinnering (contraconditionering)**

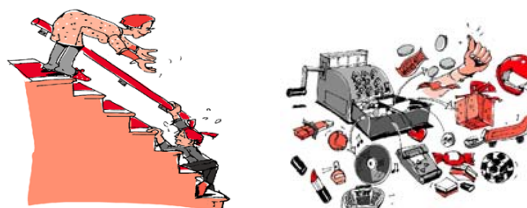
MODULE E: DOEN

- **Rationale exposure**



MODULE E: DOEN

- **Opstellen angsthiërarchie (+ beloningen)**
- **Exposures (tip: maak een foto/film)**



Opzet onderzoek

- Kinderen van 8-18 jaar met een angststoornis
- En hun (beide) ouders
- Geen exclusiecriteria voor cliënt (comorbiditeit mag) of therapeut (opleiding/ervaring)
- Gezin moet de Nederlandse taal beheersen en toegang hebben tot internet (ivm vragenlijsten invullen)

Denken + Doen = Durven

- Individuele behandeling op maat
- Therapeuten werken met eigen versie DDD
- Er hoeft geen werkboek te worden aangeschaft
- Keuze uit de genoemde modules



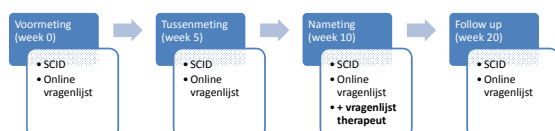
Casus Joep

- SCID: sociale angst (eten), paniekstoornis
- SCARED: sociale angst, specifieke fobie, gegeneraliseerde angst
- Welke modules zou je hiervoor inzetten? En hoe?

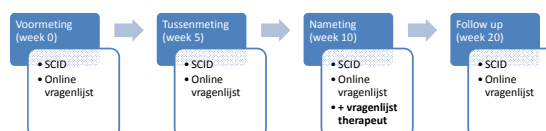
Behandeling (modules)

- **Sessie 1: Psycho-educatie**
- Cognitieve Technieken (Denken)
- Lichaamssignalen, ontspanning, mindfulness (Voelen)
- Coping (Helpend gedrag)
- Exposure (Doen)
- Experimenten
- Communicatie kind-ouders over angst
- Ouderbegeleiding
- **Laatste sessie: Samenvatting en terugvalpreventie**

Design

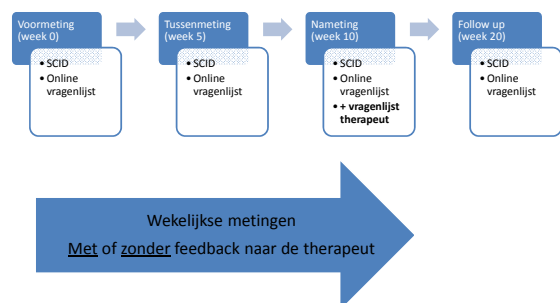


Design



Vragenlijst:
 Angstklachten (SCARED)
 Werkrelatie met therapeut (WAV)
 Psychopathologie ouders en kind (ASR, korte CBCL)

Design

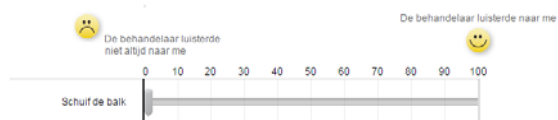


Feedback-conditie

- Ouder(s) en kind vullen de wekelijkse meting in
- Zodra ze het alle drie hebben ingevuld óf 1 dag voordat de nieuwe afspraak is, wordt er een mail met de ingevulde antwoorden gestuurd naar de behandelaar.
- De behandelaar bespreekt de feedback bij de eerstvolgende sessie
- Na 5 en 10 weken ontvangt de therapeut een grafisch overzicht van de scores van de cliënt
- De wekelijkse mail ziet er als volgt uit:

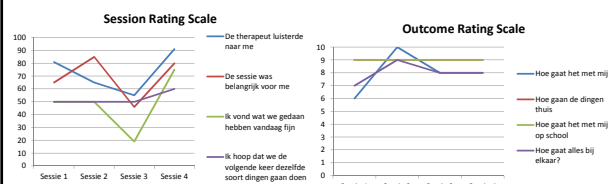
Feedback

Hoe vond je het om deze keer bij de therapie te zijn? Gleep de balk naar de plek op de lijn die past bij jouw gevoel, om ons te laten weten hoe je het vond.



Feedback - Casus

- Joep heeft deze week de volgende gegevens ingevuld over wat hij van de therapie vond.

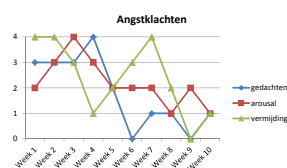


Feedback bespreken met cliënt

- Plan de eerste 5 minuten van de sessie in voor het bespreken van de feedback.
- Noem niet de precieze score ('ik zie dat je een score van 73 hebt gegeven'), maar zeg bijvoorbeeld 'ik zie dat je redelijk tevreden was over de dingen die we hebben gedaan de afgelopen week'.
- Kies de meest opvallende scores uit en vraag aan de cliënt waarom hij/zij dit heeft ingevuld, bijvoorbeeld 'je gaf aan dat je het niet interessant vond wat we hebben gedaan in de sessie, volgens mij hebben we ons toen bezig gehouden met het benoemen van bange gedachten, waarom vond je dit niet interessant?'

Casus

- Hoe kan aan de hand van de feedback de behandeling worden bijgesteld?
- Welke modules zou je nu toepassen?



Wat wordt verwacht van het gezin?

- 4 x meedoen aan een meting: online vragenlijst (20 min.) en telefonisch SCID-Junior (30 min.)
- Wekelijks: invullen van korte vragenlijst over de sessie en over de angstklachten van het kind (5 min.)
- Ouders en kind ontvangen per email een link naar de vragenlijsten
- Bij de helft van de deelnemers worden de antwoorden op de wekelijkse vragenlijst naar de therapeut gestuurd (feedbackconditie)
- Deelname van beide ouders en kind
- Na afloop VVV-bon van 20 euro



Wat levert het op?

Kennis en inzicht rondom:

- Wie profiteert het meest (minst) van de behandeling?
- Wie moet naar de basis GGZ of specialistische GGZ verwezen worden?
- Is het wekelijks laten rapporteren over klachten en de tevredenheid met de sessies zinvol?
- Kan de werrelatie tussen therapeut en cliënt verbeterd worden d.m.v. wekelijkse feedback?
- Welke therapie-ingrediënten zijn het belangrijkste?



Meedoen?

Neem contact op met:

Coördinerend onderzoeker:

Liesbeth Telman

E: g.e.telman@uva.nl

T: 06-55402754

Projectteam:

Bonny van Steensel (UvA, UvA minds)

Susan Bögels (UvA, UvA minds)

Marija Maric (UvA, UvA minds)

Germie van den Berg (Gemeente Amsterdam)



Mede mogelijk gemaakt door: ZonMw Gemeente Amsterdam Universiteit van Amsterdam

Bedankt voor jullie aandacht

- Marija Maric
m.maric@uva.nl

- Liesbeth Telman
g.e.telman@uva.nl



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM