

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Maar hoe werkt het in het echt? De implementatie van Denken + Doen = Durven, een cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren met angststoornissen

Drs. Loes Jongerden^{1,2}, Prof. Dr. Susan Maria Bögels^{1,2} en Drs. Dorreke Peijnenburg²

SAMENVATTING

In 2008 werd het CGT protocol 'Denken + Doen = Durven (DDD) voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen (8 tot 18) jaar uitgegeven. Dit protocol werd eerder in een RCT onderzocht en bleek effectief. Resultaten uit de RCT (efficacy) kunnen niet zondermeer gegeneraliseerd worden naar de klinische praktijk (effectiveness). In deze studie wordt de effectiveness van DDD onderzocht en vergeleken met de efficacy uit de RCT. Deelnemers zijn therapeuten die met DDD werken in de klinische praktijk. Hun cliënten (kinderen en ouders) vulden de SCARED-71 in voor, na en drie maanden na behandeling. Effect sizes (Cohen's *d*) blijken medium tot groot en het percentage kinderen dat na behandeling geen klinische angstsymptomen meer heeft, neemt toe. DDD is ook in de klinische praktijk effectief. In de RCT waren effect sizes en het percentage kinderen zonder klinische angstsymptomen hoger. In de discussie wordt ingegaan op deze efficacy-effectiveness kloof.

INLEIDING

In dit artikel worden de voorlopige resultaten beschreven van de implementatiestudie naar het cognitief gedragstherapeutisch protocol Denken + Doen = Durven (DDD) voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren van 8–18 jaar (Bögels, 2008). DDD werd eerder onderzocht in een zogeheten Randomized Controlled Trial (RCT). In deze multicenter studie, waar 7 tweedelijns GGZ-instellingen in participeerden, werd DDD als individuele kindgerichte cognitieve gedragstherapie (KCGT, 12 sessies) vergeleken met een

*1 Universiteit van Amsterdam, Research Institute for Childhood Development and Education
Nieuwe Prinsengracht 130, 1018 VZ Amsterdam (correspondentie)*

*2 UvA – Virenze, academisch behandelcentrum voor ouder en kind, Plantage Muidergracht 14,
1018 TV Amsterdam*

familiegerichte cognitieve gedragstherapie (FCGT, 13 sessies). De KCGT bleek direct na behandeling effectiever dan de FCGT (53% versus 41% vrij van primaire angstdiagnose). Na drie maanden was het verschil tussen beiden behandelingen niet meer significant (73% versus 61%) (Bodden, Bögels et al., 2008). Wanneer ook de kosten van beide therapieën mee werden genomen, was de KCGT kosteneffectiever (Bodden, Dirksen, et al., 2008). Met grote effect sizes (Cohen's *d*) van 1.07 (kindrapportage) en 1.39 (ouderrapportage) lijkt de kindgerichte DDD een waardevolle aanvulling op het Nederlandse assortiment evidence-based behandelingen voor de jeugd-GGZ en jeugdzorg. Toch kan er niet zondermeer van uitgegaan worden dat resultaten die behaald werden binnen deze RCT, ook behaald zullen worden in de klinische praktijk.

In de jaren '90 constateerden onderzoekers dat de gecontroleerde omstandigheden waarin onderzoek naar interventies plaatsvond, niet altijd vergelijkbaar waren met omstandigheden in de klinische praktijk (Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000; Weiss, Guidi & Fava, 2009). Resultaten behaald door een interventie in een gecontroleerde onderzoeksstudie (efficacy) met een hoge mate van interne validiteit, zouden daardoor niet zondermeer herhaald kunnen worden in de klinische praktijk. Er wordt ook over gesproken als de kloof tussen efficacy en effectiveness. Effecten die behaald worden met onderzoeken in de klinische praktijk worden aangeduid met 'effectiveness' en worden gekenmerkt door een hoge mate van externe validiteit, ofwel hoge mate van generaliseerbaarheid van de resultaten. Onderzoeken kunnen in meer of mindere mate klinisch representatief zijn en dus in meer of mindere mate een efficacy- of effectiveness studie zijn (Shadish et al., 2000). Concrete verschillen tussen de uitersten van het efficacy-effectiveness continuüm worden uiteengezet in tabel 1.

Tabel 1: Kenmerken van een efficacy versus effectiveness studie

Efficacy studie	Effectiveness studie
<ul style="list-style-type: none"> • Problematiek is homogeen ; • Behandelsetting is een universiteit; • Cliënten zijn geworven; • Behandelaren zijn onderzoekers/ studenten; • Behandeling is geprotocolleerd en te gebruiken technieken afgekend; • Treatment integrity check; • Specifieke training voor aanvang onderzoek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problematiek is heterogeen; • Behandelsetting is een hulpverleningsinstelling; • Cliënten zijn verwezen via klinische route; • Behandelaren zijn voornamelijk werkzaam als behandelaar; • Gebruik van meerdere technieken; • Therapievrijheid; • Variëteit in gevolgde opleidingen.

Een aantal reviews (bijv. Weisz & Jensen, 2001) naar de effectiviteit van therapieën in klinisch representatieve omstandigheden toonden aan dat zij weinig effectief waren. Anderen (Shadish et al., 2000; Veerman & Van Yperen, 2007) vonden dat diverse studies die op diverse fronten klinisch representatief te noemen waren, wel degelijk effectief waren. Samengevat lijkt er nog steeds discussie te zijn of de effecten van wetenschappelijk onderzochte interventies in de reguliere klinische praktijk zondermeer herhaald kunnen worden. Voor therapeuten is het van belang dat zij, wanneer ze een onderzochte interventie gebruiken, dezelfde werkzaamheid kunnen verwachten bij hun cliënten als in het onderzoek, zonder zich bijvoorbeeld te hoeven afvragen of de problematiek van hun cliënt niet te ingewikkeld is om tot dergelijke resultaten te komen.

Een implementatiestudie kan zicht geven op de effecten van een interventie in de klinische praktijk en de invloed van omstandigheden die wel in de klinische praktijk aanwezig zijn en wellicht niet binnen een onderzoekssetting. Om die reden is ervoor gekozen het DDD protocol niet slechts via een boekuitgave, workshops en congressen beschikbaar te maken, maar om een implementatiestudie te starten. De volgende vragen staan centraal: 1) Wat is de effectiveness van het CGT protocol Denken + Doen = Durven voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren (8-18 jaar)? 2) Zijn de behaalde effecten vergelijkbaar met de effecten die eerder in de RCT werden behaald?

De verwachting is dat effect sizes binnen de implementatiestudie van het DDD protocol groot zijn (Cohen's $d \geq 0.8$) en daarmee overlappen met de RCT waaruit grote effect sizes kwamen (Bodden, Bögels, et al., 2008). We verwachten een vergelijkbare effect size om de volgende twee redenen. Ten eerste was de RCT, hoewel sterk gecontroleerd, op verschillende punten klinisch representatief. Cliënten werden aangemeld via de reguliere route in een tweedelijns instelling. Zij werden behandeld door therapeuten voor wie het behandelen behoorde tot hun reguliere werkzaamheden. Er werden ook exclusiecriteria gehanteerd (middenmisbruik, recente suïcidepogingen, psychose, autismespectrumstoornissen, onbehandelde aandachttekortstoornis met hyperactiviteit, gebruik van angstreducerende medicatie), therapeuten werden vooraf getraind, waren minimaal in opleiding tot cognitief gedragstherapeut of gezondheidszorgpsycholoog, ontvingen supervisie en de behandelintegriteit werd gecheckt. Er zijn dus diverse omstandigheden ('echte' cliënten en therapeuten) die de generaliseerbaarheid van de resultaten uit de RCT vergrootten. Echter het hanteren van exclusiecriteria, het trainen, superviseren en monitoren van wellicht hoger opgeleide therapeuten zou de grootte van de effecten kunnen beïnvloeden.

Ten tweede toont een aantal klinisch representatieve onderzoeken naar CGT voor angststoornissen aan, dat de effectivens vergelijikbaar is met effecten uit efficacy studies. Uit een meta-analyse bleek dit voor CGT voor volwassenen (Öst, 2011). Voor de behandeling bij kinderen bleek dat de effectivens van het CGT protocol Coping Cat vergelijikbaar was met resultaten uit efficacy studies naar dit protocol (Southam-Gerow et al., 2010). Deze vergelijking hebben we, voor zover wij dat weten, in Nederland voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen nog niet kunnen maken. Er zijn echter aannemelijke redenen dat DDD ook in de klinische praktijk effectief is.

In deze implementatiestudie staat het bepalen van de effectivens van DDD centraal. Dit geeft therapeuten en onderzoekers niet alleen informatie over de werkzaamheid van DDD in de reguliere klinische praktijk, maar geeft ook zicht op verschillen of overeenkomsten tussen de effectiviteit van de interventie in de RCT en in de implementatiefase. Dit kan waardevolle informatie opleveren over hoe interventiestudies uitgevoerd zouden kunnen worden om de generaliseerbaarheid van resultaten zo groot mogelijk te maken met daarbij ook oog voor interne validiteit.

METHODE

Proefpersonen

Therapeuten die met het DDD protocol in de praktijk (willen) werken, werden gevraagd deel te nemen aan de implementatiestudie. Zij werden op verschillende gelegenheden benaderd: 1150 deelnemers van drie Nederlandse congressen met angststoornissen als thema, werden uitgenodigd voor deelname; tijdens ongeveer 25 workshops en lezingen over DDD; 355 GGZ instellingen (inclusief vrijevestigde praktijken) werden uitgenodigd voor € 50,00 een DDD workshop te volgen in ruil voor deelname aan het onderzoek; middels een flyer over het implementatieonderzoek bij de koop van het protocolboek; een website werd ontwikkeld, www.denkendoendurven.nl, waar informatie te vinden is over het implementatieonderzoek. Deelnemende therapeuten ontvingen de meetinstrumenten (waaronder de SCARED-71, Bodden, Bögels & Muris, 2009) en na iedere behandeling kregen zij en hun cliënten het verloop van angstsymptomen gemeten door de SCARED-71 teruggekoppeld. Aan het einde van de looptijd van het onderzoek ontvangt iedere therapeut de persoonlijke behandel-effectiviteit.

Op het moment van schrijven hebben 65 behandelaren zich officieel aangemeld door een therapeutvragenlijst in te vullen. Veertig van hen hebben een behandeling ingestuurd (voormeting en na- of follow-upmeting beschikbaar). Zij werken in 16 verschillende eerste, tweede- en derdelijns GGZ instellingen. Tabel 2 geeft een overzicht van de verdeling eerste, tweede- en derdelijns

instellingen en de functie en verdeling van de therapeuten over de instellingen. Van twee therapeuten is alleen bekend bij welke instelling zij werken.

Van de behandelaren was 37 vrouw (93 %) en één man (3 %). Leeftijden varieerden van 22 tot en met 60 jaar (M 36.5 jaar, SD 9.9). Hun ervaring in de hulpverlening varieerde van 1 maand tot 34 jaar (M 10.2 jaar; SD 8.6). Het aantal kinderen dat zij voor deelname aan het onderzoek al behandeld hadden met het DDD protocol, varieerde van 0 tot 18, waarbij de mediaan tussen 0 en 1 ligt; de helft van de behandelaren had voor deelname minimaal 1 kind behandeld met DDD protocol en de andere helft nog geen.

Tabel 2: Kenmerken van de deelnemende instellingen en behandelaren

	N	Percentage
Type instelling		
Eerste lijn	4	10
Tweede lijn	31	82
Derde lijn	3	8
Aantal deelnemende behandelaren per instelling		
1 behandelaar per instelling	8	20
2 behandelaren per instelling	5	25
≥ 3 behandelaren per instelling	3	55
Functies van de behandelaren		
Ambulant begeleider	2	5
Integratief kindtherapeut	1	2.5
(Ontwikkelings) psycholoog/(ortho)pedagoog	9	22.5
Gz psycholoog/orthopedagoog generalist	11	27.5
Kinder – en jeugdpsychiater	1	2.5
Psychotherapeut	2	5
Klinisch psycholoog	1	2.5
In opleiding tot psycholoog/orthopedagoog	3	7.5
In opleiding tot Gz psycholoog/orthopedagoog generalist	6	15
In opleiding tot psychotherapeut	1	2.5

Gezinnen werden verwezen of meldden zichzelf aan bij de instellingen. Het was de keus van de behandelaren/indicatieteams van de instellingen zelf, of zij DDD al dan niet geschikt vonden voor het betreffende kind. Als dit het geval was, werden zij in het onderzoek geïnccludeerd en er waren dus, na de beslissing van de instelling om DDD als behandeling in te zetten, geen exclusiecri-

teria om deel te nemen aan het onderzoek. Dit is een groot verschil met hoe inclusie in de RCT plaatsvond. Alle aangemelde kinderen met een primaire diagnose van een angststoornis anders dan OCD of PTSS, die voldeden aan de inclusiecriteria, moesten behandeld worden met DDD. In de implementatiestudie hebben we geen zicht op de kinderen met angststoornissen die niet geïndiceerd werden voor het protocol, en welke indicatiecriteria de instellingen hanteerden. Tot nu toe werden 100 kinderen aangemeld (de inclusie van proefpersonen loopt tot 1-9-2011). 7 kinderen waren onderzoeksdropout, zij maakten hun behandeling wel af. Zij zijn niet meegenomen in de analyses. 3 kinderen waren behandeldrop-out. Zij werden wel in de analyses meegenomen, waardoor analyses gebaseerd zijn op 93 cases. Er waren 53 meisjes (57%) en 38 jongens (40.9%) (2 kinderen sekse onbekend) in de leeftijd van 7 tot en met 19 jaar (M 11.6 jaar, SD 2.7, 8 onbekend).

De tweede- en derdelijns instellingen (totaal 36) stelden een diagnose: 90% ($n=83$) van de kinderen had een primaire DSM-IV angststoornis, 5% ($n=4$) had een andere primaire diagnose. Een comorbide angststoornis kwam bij 22% voor en 29% had een andere comorbide stoornis. Het gemiddeld aantal diagnoses per kind was 1.5 (SD 0.8). In de RCT was dit hoger (M 2.9, SD 1.7). Een kanttekening bij deze vergelijking is dat diagnoses in de RCT werden gesteld met een semigestructureerd interview (ADIS C/P, Silverman en Albano, 1996). Dit is niet het geval in de huidige studie. Het is mogelijk dat instellingen geneigd zijn de meest prominent aanwezige angstproblemen te diagnosticeren en wellicht comorbide angststoornissen niet als zodanig registreren.

MATERIALEN

Vragenlijsten

Behandelaren geven op een *therapeutvragenlijst* informatie over de instelling waar ze werken, hun leeftijd, opleidingsachtergrond en ervaring. Per behandeling geven zij informatie over het kind (zoals leeftijd, diagnose) en houden zij op een *therapieschema* het verloop (zoals aantal sessies) van de behandeling bij.

Angstsymptomen van het kind werden gemeten door de *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71* (SCARED-71, Bodden, et al., 2009) kind- en ouderversie. Deze vragenlijst meet angstsymptomen van angststoornissen zoals omschreven in de DSM-IV ('Ik ben niet graag bij onbekende mensen'). Symptomen worden gescoord op een driepunt Likert schaal (0=(bijna) nooit; 1=soms; 2=vaak) door het kind en door ouders over kind. Cut-off scores onderscheiden klinisch angstige kinderen van normaal angstige kinderen. De interne consistenties (Cronbach's α) van de SCARED-71 zijn goed: .91 (kind), .92 (moeder), .91 (vader). Vragenlijsten werden viermaal alleen door ouders (kind niet)

ingevuld, driemaal door alleen het kind, 81 keer door beide ouders, 17 keer door alleen moeder, eenmaal door alleen vader. Daarnaast hebben subschalen een voorspellende waarde voor de overeenkomstige DSM-IV diagnose (Bodden et al., 2009).

Behandeling

DDD kan zowel individueel als in een groep worden aangeboden. De individuele behandeling bestaat uit 12 wekelijkse bijeenkomsten van 1 uur met het kind. Bij sessie 1, 4 en 12 zijn ouders (deels) aanwezig. Er zijn drie aparte optionele ouderbijeenkomsten van 1 uur (Bögels, 2008). Wanneer ouders geen ouderbijeenkomsten willen of kunnen volgen, kan het kind toch meedoen. De groepsvariant bestaat uit 8 wekelijkse kindbijeenkomsten van 1,5 uur. Bij de laatste sessie zijn ouders (deels) aanwezig. Ook hier zijn drie aparte ouderbijeenkomsten van 1,5 uur, die in een oudergroep worden aangeboden (Peijnenburg & Bögels, 2008). In het protocol voor de behandelaar staan per sessie de doelstellingen beschreven en worden suggesties gedaan voor te gebruiken technieken. Er is een werkboek beschikbaar voor zowel kinderen als ouders dat bij de individuele en groepsbehandeling wordt gebruikt. Componenten in de behandeling zijn psycho-educatie, copingstrategieën, uitdagen van bange gedachten en het formuleren van helpende gedachten, exposure-in-vivo, experimenten en terugvalpreventie (Bögels, 2008).

Procedure

Therapeuten vullen, als ze besloten hebben deel te nemen aan het onderzoek, een therapeutvragenlijst in en ondertekenen een informed consent. Wanneer zij angstklachten van een bij hun aangemeld kind besluiten te behandelen met DDD, laten zij ouders en kind een informed consent ondertekenen. Ouders en kind vullen voor, direct na de behandeling en na drie maanden follow-up de SCARED-71 in. Therapeuten houden een therapieschema bij. Hen is verteld dat de effectiviteit is aangetoond binnen omstandigheden waarin het protocol strikt gevolgd werd. Behandelingintegriteit was echter geen voorwaarde voor deelname aan het onderzoek. Het wordt aangeraden, maar wanneer behandelaars het nodig achten, kunnen zij aanpassingen maken in de behandeling en dit noteren op het therapieschema. Zij moeten met het protocol kunnen werken zoals ze ook zouden doen zonder het onderzoek.

Data analyse

Analyses worden uitgevoerd volgens het intent-to-treat principe. Voor behandeling drop-outs (3 cases) werd de voormeting volgens het principe last observation carried forward, assuming no change (LOCF) ingevuld bij de na- en follow-upmeting. Missing value analyses van SPSS wezen uit dat, de geheel ontbrekende vragenlijsten uitgesloten, minder dan 5% van de items per vragenlijst ontbreken. Little's MCAR testen waren allen niet significant waardoor

ontbrekende items geschat werden. Ook voor de geheel ontbrekende vragenlijsten waren Little's MCAR testen allen niet significant waardoor deze met behulp van SPSS MVA REGRESSION geïmputeerd konden worden.

Significante verschillen tussen voor-, na- en follow-upmeting van de SCARED-71 worden berekend door middel van een ANOVA voor herhaalde metingen. Het effect wordt weergegeven in Cohen's d ($M_1 - M_2 / SD_{\text{pooled}}$). De klinisch relevante verbetering wordt weergegeven in het percentage kinderen wier angstsymptomen na behandeling onder de klinische cut off score vallen. De correlatie tussen vader en moeder SCARED-71 over de veranderingsscores van het kind voor/na behandeling is groot ($r = .65, p < 0.001$). Daarom zijn vader en moeder scores geaggregeerd tot één ouderscore. Als één ouder deelnam, bestond de ouderscore uit één in plaats van twee ouders. Er was geen significant verschil in veranderingsscores van het kind tussen één ouderrapportage of een geaggregeerde ouderscore.

RESULTATEN

De ANOVA voor herhaalde metingen laat een significante afname zien van de totaalscores op de SCARED-71 kind over de drie meetmomenten ($F(2, 88) = 50.19, p < 0.001$). Scores op de voormeting ($M 45.30, SD 18.94$) zijn significant hoger dan scores tijdens de nameting ($M 31.55, SD 18.76$) en de follow-up meting ($M 30.17, SD 20.32$). De afname van nameting naar follow-upmeting was niet significant. De afname van angstsymptomen was ook te zien op de ouderrapportage ($F(2, 88) = 67.43, p < 0.001$). Ook hier was het verschil tussen voormeting ($M 46.96, SD 18.72$) en nameting ($M 33.50, SD 17.78$) significant, evenals tussen voormeting en follow-up meting ($M 29.80, SD 19.01$). Angstsymptomen gerapporteerd door ouders en kind nemen af. De voor/na effect sizes (Cohen's d) zijn 0.73 (kind) en 0.74 (ouders). De voor/follow-up effect sizes zijn 0.77 (kind) en 0.91 (ouders). Dit wijst op een medium tot groot effect. Tabel 3 geeft een overzicht van effect sizes uit het huidige onderzoek en effect sizes die binnen de RCT werden behaald. Daarnaast wordt in tabel 4 een overzicht gegeven voor beide studies van het percentage kinderen wier angstsymptomen tijdens de voor-, na- en follow-upmeting onder de klinische cut off score van de SCARED-71 vielen. De cijfers kunnen niet tegen elkaar getoetst worden, dus is er voorzichtigheid geboden met de interpretatie. Effect sizes uit de RCT lijken groter te zijn dan in de huidige studie. Het percentage kinderen waarbij de angstsymptomen zich onder de klinische cut off bevinden, lijkt op voor- en nameting redelijk gelijk, terwijl percentages tijdens de follow-upmeting op het oog meer uit elkaar lijken te liggen, waarbij percentages in de RCT hoger zijn.

Tabel 3: Pre/post en pre/follow up effect sizes (Cohens's *d*) van de implementatiestudie versus de RCT op de SCARED-71, gerapporteerd door het kind en door beide ouders (geaggregeerd) over hun kind

	Effect size voor/na		Effect size voor/follow up	
	impl.	RCT	impl.	RCT
Kind	0.73	1.03	0.77	1.07
Ouder	0.74	1.06	0.91	1.39

Tabel 4: Baseline SCARED – 71 scores en percentage kinderen onder de klinische cut off score op de SCARED-71 volgens kind- en volgens geaggregeerde ouderrapportage binnen het implementatieonderzoek en RCT

	SCARED – 71 scores voor aanvang behandeling				Percentage kinde- ren onder klinisch cut off (voormeting)				Percentage kinderen onder klinisch cut off (nameting)				Percentage kinderen onder klinisch cut off (follow upmeting)			
	impl. (<i>n</i> = 93)		RCT (<i>n</i> = 64)		impl. (<i>n</i> = 93)		RCT (<i>n</i> = 64)		impl. (<i>n</i> = 93);		RCT (<i>n</i> = 62)		impl. (<i>n</i> = 93);		RCT (<i>n</i> = 62)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Kind	45.30	18.94	46.97	20.47	20	22	15	23	45	51	33	52	50	56	43	67
Ouder	46.96	18.72	46.04	16.43	8	9	4	6	22	28	19	30	31	34	30	47

DISCUSSIE

Uit de (voorlopige) resultaten van deze studie blijkt dat DDD voornamelijk in de tweedelijng GGZ wordt uitgevoerd door vooral (basis)psychologen/orthopedagogen en gezondheidszorgpsychologen. Na behandeling is sprake van een significante afname in angstsymptomen gerapporteerd door zowel het kind als ouders. De effect sizes zijn medium tot groot. Het percentage kinderen met angstsymptomen die onder de klinische grens liggen, neemt zowel op kind- als ouder rapportage toe na behandeling. Deze percentages zijn op de voor- en nameting vergelijkbaar met de RCT. Maar tijdens de follow-up meting blijken binnen de RCT meer kinderen angstsymptomen onder de klinische grens te hebben dan in de implementatiestudie. Het verschil is 11% gebaseerd op kind-rapportage en 30% gebaseerd op ouderrapportage. Ook de effect sizes zijn hoger in de RCT. Er lijkt, uitgaande van deze verschillen, een kloof te zijn tussen de efficacy en effectiveness van DDD.

Factoren op niveau van de cliënt, de therapeut en de uitvoering van de therapie kunnen van invloed zijn geweest op het verschil tussen de efficacy en

effectiveness van DDD. Het is niet waarschijnlijk dat het verschil ingegeven wordt door een verschil in problematiek tussen beiden cliëntpopulaties. De gemiddelde leeftijd van de kinderen in beide studies is nagenoeg gelijk (zie Bodden, Bögels, et al., 2008). Daarnaast is voor aanvang van de behandeling de ernst van de angstsymptomen gemeten door de SCARED-71 vergelijkbaar (tabel 4) evenals het percentage kinderen met angstsymptomen boven de klinische cut off. De comorbiditeit is in de RCT hoger dan in de huidige studie. Dit is echter moeilijk vergelijkbaar omdat indicatie en comorbiditeit in de RCT vastgesteld is door een semigestructureerd interview (ADIS C/P, Silverman & Albano, 1996) en de wijze van indiceren/diagnosestelling in de instellingen van de huidige studie niet bekend is. Echter, Liber et al. (2010) vonden dat comorbide stoornissen weliswaar voorspellers waren van de aanwezigheid van een DSM-IV diagnose na behandeling, maar veranderingsscores voor/na behandeling wezen uit dat deze kinderen net zo profiteerden van behandeling als de kinderen zonder comorbide stoornissen. Het is dus aannemelijk dat de comorbiditeit de effect sizes in deze studie niet hebben beïnvloed.

Therapeutfactoren en/of de behandelintegriteit van DDD kunnen een rol spelen in het verschil tussen beide studies. In de huidige studie was 52,5% van de behandelaren minimaal in opleiding tot GZ psycholoog, de minimale eis voor deelname aan de RCT. Van de overige 47,5% was de meerderheid (basis) psycholoog/orthopedagoog. Therapeuten verschilden ook in de manier waarop zij getraind waren in het DDD protocol, terwijl in de RCT de therapeuten allemaal op dezelfde manier getraind waren. Tijdens de RCT was er voortdurende controle op de behandelintegriteit via intervisie en door audio-opnames van de therapie sessies, terwijl in de implementatiestudie therapeuten mochten afwijken van het standaard protocol en behandelintegriteit alleen getoetst werd door het zelf laten invullen van een integriteitschecklijst door de therapeut. De eventuele invloed van opleiding, training en integriteit op de behandeluitkomst zal onderdeel zijn van een vervolgstudie.

Vooruitlopend op de resultaten van de vervolgstudie, suggereert het verschil in therapie effect tussen de huidige studie en de RCT dat wanneer instanties DDD als angstbehandeling willen implementeren, het van belang is dat therapeuten net als in de RCT vooraf goed getraind worden in het protocol, hetzij via in-service trainingen, dan wel door deel te nemen aan DDD workshops. (Basis) psychologen/orthopedagogen zouden regelmatig in intervisie verband hun angstbehandelingen met elkaar moeten kunnen doornemen, zo mogelijk gesuperviseerd door meer ervaren collega's. In intervisie en supervisie kan bovendien de uitvoering van het protocol gemonitord worden. Schoenwald et al. (2010) geven aan dat het blijvend monitoren van de uitvoering van behandelingen belangrijk is om effecten van een behandeling ook na implementatie te kunnen behalen. Bijlage 5 van het protocol 'beoordelingsformulier thera-

peutische houding en treatment integrity' (Bögels, 2008) kan gebruikt worden als meetinstrument om na te gaan in hoeverre de uitvoering van DDD conform het protocol plaatsvindt.

Deze studie heeft een aantal beperkingen: slechts één van onze deelnemend therapeuten was man en dit is mogelijk geen afspiegeling van de man/vrouw verdeling onder kindertherapeuten in Nederland. In onderzoek is echter weinig verband gevonden tussen sekse van de therapeut en (volwassen) CBT uitkomst (Huppert et al., 2001; Wampold & Brown, 2005). In dergelijke studies ligt het percentage mannen rond de 30%. Het lage percentage mannen zou een gevolg kunnen zijn van het niet nemen van een random steekproef uit therapeuten in Nederland. Er ontbreekt informatie over therapeuten die ervoor kiezen niet mee te doen aan het onderzoek. Deelnemers van het onderzoek hebben wellicht meer affiniteit met protocollair werken, terwijl er aanwijzingen zijn dat veel behandelaren bezwaren hebben tegen geprotocolleerd werken (Addis & Krasnow, 2000; Bortrager et al., 2009). Daarom staat een vervolgstudie gepland waarin attitudes ten aanzien van het protocollair werken van behandelaren die wel en niet meededen aan dit onderzoek, nader onderzocht worden.

Er zijn een aantal methodologische bezwaren ten aanzien van het studiedesign: de afwezigheid van een controleconditie maakt dat men strikt genomen geen uitspraak kan doen over een oorzakelijk verband tussen veranderingen op de SCARED-71 en de behandeling. Echter maakt de eerdere RCT, waarin DDD vergeleken werd met een wachtlijstconditie, dit zeker aannemelijk.

Andere bezwaren betreffen voornamelijk de oncontroleerbare factoren binnen het studiedesign: er is geen zicht op hoe instanties hun cliënten diagnosticeren. Dit maakt een vergelijking met de RCT moeilijk, anderzijds heeft het geen invloed op welke behandelingen wel en niet geïnccludeerd werden in het onderzoek. De weinige controle op de inclusie van cliënten heeft ook tot gevolg dat er weinig zicht is op behandeldrop-outs en cliënten die niet geïndiceerd werden voor DDD. Er is geprobeerd dit te ondervangen door therapeuten te vragen ook deze behandelingen aan te leveren. Gezien het beperkt aantal drop-outs tot nu toe, is dit wellicht niet altijd gebeurd.

Het is duidelijk dat de resultaten en methodologische bezwaren van dit onderzoek nieuwe vragen oproepen en het wenselijk maken diverse therapeutfactoren en hun werkwijze te exploreren in vervolgonderzoek. Daarnaast moet ook benadrukt worden dat deze studie de drempel van deelname aan het onderzoek laag heeft gehouden. Om zicht te krijgen op de reguliere klinische praktijk moeten therapeuten zich vrij voelen keuzes te maken die ze 'normaal' ook zouden maken.

De voorlopige resultaten van deze studie hebben laten zien dat er een kloof is tussen de efficacy en effectiveness van DDD. Daarbij moet wel benadrukt worden dat de effect sizes in de implementatiestudie evengoed medium tot hoog zijn. Resultaten van de effectiveness studie zijn vergelijkbaar met effecten die in andere efficacy studies werden gevonden (zie de meta-analyse van In-Albon & Schneider, 2007) en in een recente effectiveness studie naar het angstprotocol Coping Cat (Southam-Gerow et al., 2010). De effectiveness van DDD is in deze studie aangetoond en dat maakt DDD een waardevolle aanvulling op het assortiment behandelingen voor kinderen met angststoornissen in Nederland en België.

SUMMARY

Discussing + Doing=Daring' (DDD) for the treatment of childhood anxiety disorders

In 2008, the CBT protocol 'Discussing+Doing=Daring' (DDD) for the treatment of childhood (8–18 years) anxiety disorders, was published. This therapy was highly efficacious in a RCT. Results from this RCT (efficacy) do not necessarily get repeated in real clinical practice (effectiveness). Therefore the effectiveness of this protocol is studied by asking therapists who use DDD in clinical practice to participate in this study. Their patients (children and parents) filled in the SCARED-71 before, after DDD treatment and at three months follow-up. Effect sizes (Cohen's *d*) were medium to large and the percentage of children without clinical anxiety symptoms increased after treatment. This study shows that DDD is effective in clinical practice. However, in the RCT effect sizes and percentages of children without clinical anxiety symptoms were higher. This efficacy-effectiveness gap is discussed in the final section.

Key words: effectiveness, treatment, children, anxiety disorders, implementation

LITERATUUR

- Addis, M.E., & Krasnow, A. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 331-339.
- Bodden, D.H.M., Bögels, S.M., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy, 47*, 418-425.
- Bodden, D.H.M., Bögels, S.M., Nauta, M.H., Haan, E. de, Ringrose, J., Appelboom, C., et al. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 1384-1394.

- Bodden, D.H.M., Dirksen, C.D., Bögels, S.M., Nauta, M.H., Haan, E. de, Ringrose, J., et al. (2008). Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 543-564.
- Bögels, S.M. (2008). *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten met het cognitief gedragstherapeutisch protocol Denken + Doen = Durven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Borntrager, C.F., Chorpita, B.F., Higa-McMillan, C., & Weisz, J.R. (2009). Provider attitudes toward evidence-based practices: Are the concerns with the evidence or with the manuals? *ps.psychiatryonline.org*, 60, 677-681.
- Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcomes in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 747-755.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy & psychosomatics*, 76, 15-24.
- Öst, Lars-Göran. Does CBT work in routine clinical settings (a review of effectiveness studies). Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie, najaarscongres 2011. Veldhoven. 17 november 2011.
- Peijnenburg, T.M., & Bögels, S.M. (2008). Protocollaire groepsbehandeling voor kinderen en jongeren met angststoornissen: Denken + Doen = Durven. In: C. Braet & S.M. Bögels (Eds.) *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 25-350). Amsterdam: Boom.
- Schoenwald, S.K., Garland, A.F., Chapman, J.E., Frazier, S.L., Sheidow, A.J., & Southam-Gerow, M.A. (2011). Toward the effective and efficient measurement of implementation fidelity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 32-43.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M., & Philips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Silverman W.K. & Albano A.M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version, Child Interview Schedule*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Southam-Gerow, M.A., Weisz, J.R., Chu, B.C., McLeod, B.D., Gordis, E.B., & Connor-Smith, J.K. (2010). Does cognitive behavioral therapy for youth anxiety outperform usual care in community clinics? An initial effectiveness test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 1043-1052.
- Veerman J.W., & Yperen, T.A.van (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221.
- Wampold, B.E., & Brown, G.S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Weiss, A.P., Guidi, J., & Fava, M. (2009). Closing the efficacy-effectiveness gap: Translating both the what and the how from randomized controlled trials to clinical practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 446-449.
- Weisz, J.R., & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10: 1/12-1/18.