

Familiaal accommoderend gedrag en obsessieve-compulsieve stoornis: meta-analyse en systematische review

J. De Witz, M. Danckaerts

- Achtergrond** Een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) bij jongeren ≤ 18 jaar wordt in de klinische praktijk frequent geassocieerd met accommoderend gedrag van ouders. Binnen de huidige literatuur ontbreekt echter wetenschappelijk onderzoek naar deze specifieke associatie.
- Doel** Verhelderen van de associatie tussen familiale accommodatie en OCS-klachten en formuleren van de rol van gezinstherapie binnen het behandeltraject van OCS bij jongeren ≤ 18 jaar.
- Methode** Meta-analyse en een systematische review gericht op de relatie tussen familiale accommodatie en OCS-klachten bij jongeren ≤ 18 jaar.
- Resultaten** Veertien studies werden geselecteerd met in totaal 1263 deelnemende jongeren ≤ 18 jaar met OCS. Er werd een significante associatie gevonden met een matige effectgrootte van $r = 0,45$ (95%-BI: 0,35-0,54 en $p < 0,001$). Deze associatie werd enkel teruggevonden bij de symptoomcluster schoonmaken/contaminatie. Familiale accommodatie daalde opvallend na gezinstherapie; deze daling was significant gecorreleerd met een daling van OCS-symptomen.
- Conclusie** Gezien de bevindingen lijkt het erop dat gezinstherapie – gericht op het accommoderende gedrag – een belangrijke plaats verdient binnen het behandeltraject. Op deze manier kan de onderlinge afstemming tussen ouders versterkt worden om zo een meer begrenzende opvoedingsstijl vol te houden. Toekomstig onderzoek dient te focussen op de impact van (begripvolle) begrenzing op dwangklachten, alsook op de rol van de bredere context.

Een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een chronische angststoornis gekarakteriseerd door de aanwezigheid van ongewenste en terugkerende gedachten of gevoelens (obsessies) die leiden tot angstklachten. Deze obsessies leiden vaak tot gedragingen of mentale handelingen (compulsies) met als doel de ervaren angstklachten te verminderen.¹ OCS treft naar schatting 1-3% van kinderen en adolescenten. De negatieve impact is merkbaar op meerdere levensdomeinen, waaronder het sociale, schoolse en familiale functioneren.^{2,3} Bovendien vertoont OCS een hoge comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, wat de complexiteit en de behandelingsuitdagingen verder vergroot.⁴ De unieke aard van OCS-klachten – waarbij gezinsleden frequent betrokken worden in of onderdeel zijn van OCS-klachten – maakt dat ze een aanzienlijke invloed op het bredere gezinsfunctioneren hebben. Ouders ervaren het waarnemen van deze OCS-symptomen als bijzonder verontrustend en proberen vaak in te grijpen om de impact ervan op het functioneren van hun kind te beperken. Dit vermindert de spanning bij de persoon met OCS, maar

kan leiden tot verhoogde familiale stress of disfunctioneren. De deelname van gezinsleden in de OCS-symptomen staat bekend als familiale accommodatie.⁵ Familiale accommodatie verwijst naar gedrag van familieleden waarbij zij zich aanpassen aan of meegaan in de symptomen van een gezinslid met een psychische stoornis, vaak om de angst of het ongemak van dit gezinslid te verminderen. Het omvat een breed scala aan gedragingen, zoals assisteren bij of faciliteren van rituelen, aanpassen van dagelijkse routines, geruststelling bieden, vermijden van bepaalde situaties die angst-inducerend zijn of het mee vermijden van triggers die dwangklachten kunnen uitlokken.⁵ Hoewel de intentie van accommoderend gedrag is om OCS-gerelateerde stress van het gezinslid met OCS te verminderen, kan het OCS-symptomen in stand houden aangezien het kind niet geconfronteerd wordt met zijn angsten.⁵ Deze confrontatie lijkt juist noodzakelijk om de angstklachten onder controle te krijgen. Er zijn twee hypothesen die dit trachten te verklaren: de habituatiehypothese en het inhibitorisch-leermodel.

- De habituatiehypothese gaat ervan uit dat herhaalde blootstelling aan de angstige stimulus leidt tot een afname van de angstrespons omdat de persoon went aan de stimulus en deze als minder bedreigend gaat ervaren.⁶
- Het inhibitorisch-leermodel stelt dat *exposure*therapie draait om het vormen van nieuwe, niet-bedreigende associaties met de angstige stimulus. Dit gebeurt door angst te accepteren en nieuwe herinneringen te creëren waarin de stimulus niet langer als bedreigend wordt ervaren. Bij dit model benadrukt men het belang van het leren dat de aversieve gebeurtenis niet (altijd) volgt op de stimulus.⁷

Vanuit deze modellen kunnen we stellen dat het accommoderend gedrag tot een negatieve bekrachtigingscyclus leidt die dwangklachten zal versterken en de persoon onvoldoende leerkansen biedt om adaptieve copingstrategieën te ontwikkelen.^{6,7}

Bij eerder onderzoek benadrukte men het belang van gezinstherapie in de behandeling van dwangklachten waarbij zowel een daling van OCS-klachten als familiale accommodatie geobserveerd werd.⁸ Bij deze meta-analyse onderzocht men echter niet de eventuele associatie tussen OCS-klachten en familiale accommodatie en ging men ook niet na welke rol deze associatie zou verdienen binnen een behandeltraject.

Verder werden er reeds twee meta-analyses uitgevoerd waarin men de associatie tussen familiale accommodatie en de OCS-klachten wel onderzocht;^{9,10} hierbij vonden de auteurs respectievelijk een matige effectgrootte van $r = 0,35$ en $r = 0,42$. In deze studies maakte men echter geen onderscheid tussen onderzoek bij kinderen/jongeren en volwassenen met OCS. Tussen ouder(s) en minderjarig kind spelen mogelijk andere dynamieken dan tussen volwassenen.

Binnen de huidige literatuur ontbreekt een meta-analyse waarin men deze associatie specifiek onderzoekt bij patiënten ≤ 18 jaar; wij willen met de huidige studie in deze lacune voorzien. We hopen een specifiek beeld over de associatie tussen familiale accommodatie (de ernst) van OCS-klachten te kunnen geven, alsook van de mogelijke implicaties voor de verdere aanpak van OCS. We trachten richtlijnen te formuleren rond de vraag: welke rol kunnen gezinstherapeuten opnemen binnen het behandeltraject van OCS bij jongeren ≤ 18 jaar?

METHODEN

Zoekstrategie

We verrichtten een systematisch literatuuronderzoek in de databanken PubMed (Medline), Embase en PsycINFO. De laatste zoekopdracht werd uitgevoerd op 23 april 2024. De zoekstrings waren respectievelijk: ('obsessive compulsive disorder'[MESH] AND 'family relations'[MESH]), ('obsessive compulsive disorder':ab,ti AND ('accommodation'/exp OR accommodation) AND

('family'/exp OR family)) en (abstract(compulsive obsessive disorders) AND accommodation AND family).

We screenen de referentielijsten van geïncludeerde artikelen op bijkomende publicaties die in aanmerking kwamen voor inclusie.

Selectie van studies

We selecteerden artikelen die de associatie tussen familiaal accommoderend gedrag en een pediatrische obsessieve-compulsieve stoornis exploreren. Inclusiecriteria voor artikelen waren: 1. Engelstalige artikelen; 2. kwantitatieve meting van familiale accommodatie; 3. gevalideerde, kwantitatieve meting van de ernst van OCS-symptomen; 4. gebruik van diagnostische criteria/tools om de diagnose van OCS te bevestigen; 5. actieve betrokkenheid van familieleden in het dagelijkse leven van de persoon met OCS.

We excludeerden artikelen die: 1. onderzoek bij volwassen patiënten (> 18 jaar) betroffen; 2. geen onderscheid maakten tussen OCS en andere psychische stoornissen; 3. geen data beschikbaar hadden over de effectgrootte van de correlatie tussen familiale accommodatie en OCS-symptomen.

Statistische analyses

Voor de statistische analyses gebruikten we Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versie 29.0. We verzamelden Pearsons correlatiecoëfficiënten (r -waarden) – voor de correlatie tussen de schalen voor de ernst van OCS-symptomen, familiale accommodatie en het aantal deelnemende ouder-kindparen – uit de verschillende studies en gaven deze waarden in in de SPSS-database. Indien in de studies een onderscheid gemaakt werd tussen accommoderend gedrag bij moeders en vaders, besloten we de data van moeders te gebruiken aangezien zij ook het grootste deel van de oudergroep vormden in de overige studies. De standaardfout berekenden we met de formule van Bonnett, die in een recente studie van Gnambs als meest accuraat en betrouwbaar beschouwd werd.¹¹ De gewogen r -waarde en het 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) werden berekend gebaseerd op een *random-effects*model. Gebaseerd op Cohen (2013) worden r -waarden van 0,10, 0,30 en 0,50 respectievelijk gezien als klein, matig of groot. Een positieve r -waarde toont aan dat een hogere mate van OCS-klachten geassocieerd is met een hogere mate van familiale accommodatie.

De Q - en I^2 -test gebruikten we om de heterogeniteit tussen de studies in kaart te brengen. Heterogeniteit kan wijzen op verschillen tussen studies, zoals methodologische verschillen of variatie in deelnemerspopulatie. In meta-analyses dient rekening gehouden te worden met publicatiebias aangezien niet-significante resultaten mogelijk niet gepubliceerd worden. Dit leidt potentieel tot een vertekende effectgrootte. Ter evaluatie van eventuele publicatiebias gebruikten we een visualisatie van de funnelplot en Rosenthals *fail-safe-N*-test. In de afwezigheid van publicatiebias verwachten we een funnelplot waarbij de studies symmetrisch rond de

gemiddelde effectgrootte liggen. Rosenthals fail-safe-N-test geeft aan hoeveel ontbrekende studies – met een effectgrootte van 0 – nodig zouden zijn om de gevonden correlatie niet-significant te maken.

RESULTATEN

Geïncludeerde studies

De zoekopdracht leverde 551 titels op, na inspectie van titels en samenvattingen bleven er 59 studies over die we geheel lazen. Hiervan voldeden 14 studies – gepubliceerd tussen 2007 en 2023 – aan de inclusiecriteria. In **figuur 1** wordt de PRISMA-flowchart weergegeven. De 14 geselecteerde artikelen vatten we samen in **tabel 1**.¹²⁻²⁵

Kenmerken van geïncludeerde studies

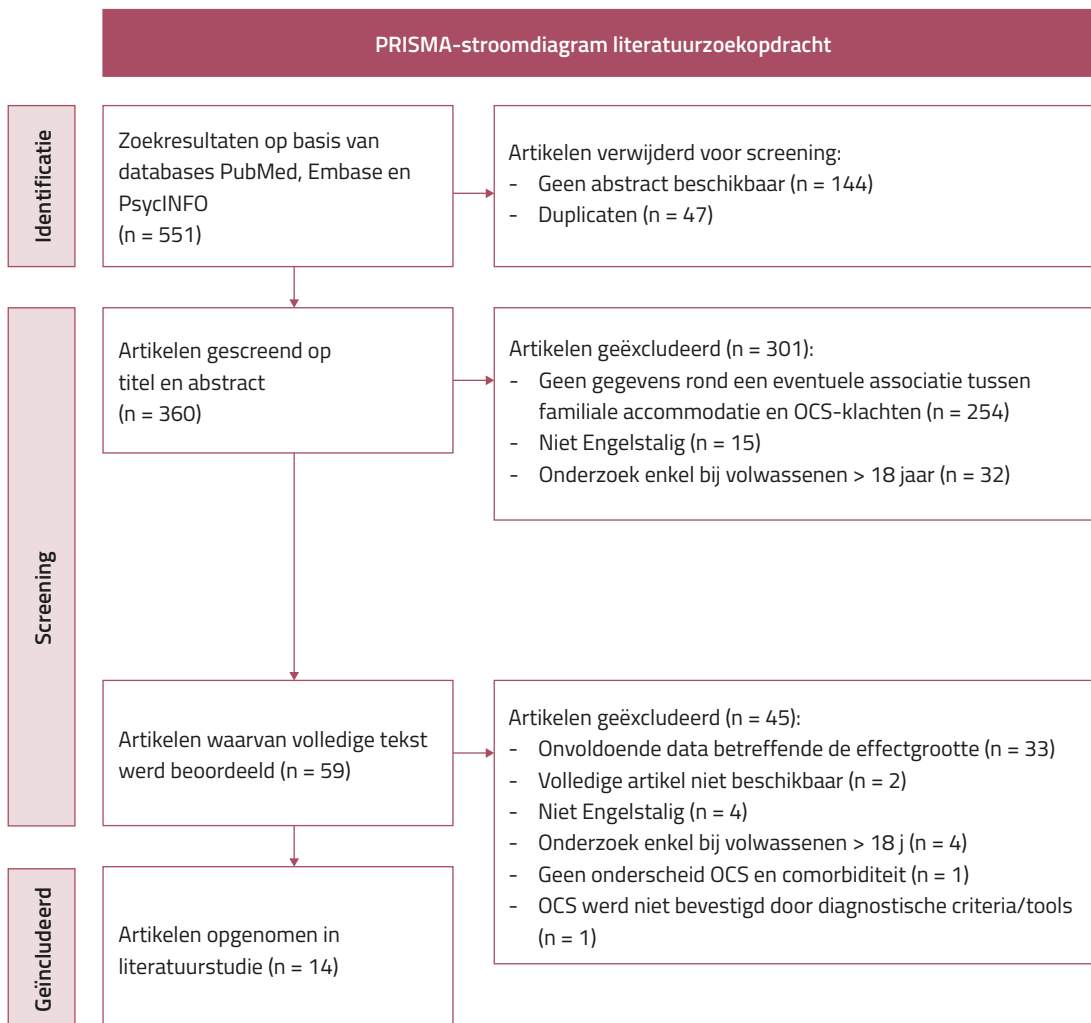
In de 14 geïncludeerde artikelen namen in totaal 1263 jongeren met OCS en hun context deel. De diagnose van OCS werd in 8 van de 14 studies bevestigd door een diagnostisch interview gebaseerd op de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV en/of DSM-5), één studie maakte gebruik

van de *Anxiety Disorder Interview Schedule* (ADIS) en in één studie voldeden kandidaten aan de diagnostische criteria voor OCS volgens de *International Classification of Diseases* (ICD-10).¹ In de overige vier studies werd een klinische afkapwaarde (≥ 16) gebruikt op de *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS).

Gebruikte metingen en schalen

De ernst van OCS-symptomen werd in 13 studies weergegeven met de totaalscore van de CY-BOCS, in één studie werd enkel de deelscore van compulsies opgenomen aangezien de totaalscore niet beschikbaar was. De CY-BOCS is een instrument dat door klinici wordt gehanteerd waarbij voor zowel obsessies als compulsies gefocust wordt op vijf items: tijdsduur van klachten, ervaren lijdensdruk, functionele beperkingen, geboden verzet en mate van controle. Hogere totaal-/deelscores geven een hogere ernstgraad en mate van obsessies en/of compulsies aan. Eerdere onderzoeken hebben aangetoond dat de CY-BOCS zowel betrouwbaar als valide is als instrument voor het beoordelen van OCS-symptomen bij jongeren.²⁶ In elke studie werd een variant van de *Family Accommodation Scale* (FAS) gebruikt om de mate van

Figuur 1. PRISMA-flowchart



Tabel 1. Geïnccludeerde studies

Eerste auteur (jaar)	Aantal deelnemers (n)	Gem. leeftijd (sd)/ leeftijdscategorie van persoon met OCS	Geslacht (% vrouw)	Relatie familielid	Metingen FA en ernst OCS-symptomen	Diagnostische tools of criteria voor OCS	Correlatie tussen FA en OCS-symptomen
Bipeta (2013) ¹²	35	13,1 (3,16)	46%	100% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	KSADS-PL en DSM-IV	r = 0,58**
Caporino (2012) ¹³	61	6-17	39%	98% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	DSM-IV	r = 0,53*
Flessner (2011) ¹⁴	96	7-17	51%	100% ouders	FAS-PR, CY-BOCS en Y-BOCS	CY-BOCS (score ≥ 16)	r = 0,36* voor compulsies
Lebowitz (2014) ¹⁵	26	12,07 (3)	54%	100% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	CY-BOCS (score ≥ 16)	r = 0,52**
Merlo (2009) ¹⁶	49	6-18	45%	100% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	ADIS-CP	r = 0,49***
Monzani (2020) ¹⁷	209	14,10 (2,39)	44%	100% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	ICD-10	r = 0,39***
Peris (2008) ¹⁸	65	8-17	38%	78% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	CY-BOCS (score ≥ 16)	r = 0,10 (p > 0,05)
Riise (2019) ¹⁹	63	14,4 (1,9)	57%	98% ouders	FAS-IR en CY-BOCS	DSM-IV en DSM-5	r = 0,36**
Rosa-Alcázar (2021) ²⁰	56	6,61 (0,76)	21%	100% ouders	FAS en CY-BOCS	DSM-IV en DSM-5	r = 0,74***
Skarphedinsson (2023) ²¹	238	12,8 (2,7)	48%	100% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	DSM-IV	r = 0,334***
Storch (2007) ²²	57	7-17	49%	100% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	DSM-IV	r = 0,35**
Storch (2010) ²³	99	12,84 (2,81)	37%	100% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	DSM-IV	r = 0,48**
Wu (2014) ²⁴	59	13,37 (2,79)	42%	100% ouders	FAS-PR en CY-BOCS	DSM-IV	r = 0,70***
Wu (2019) ²⁵	150	12,39 (3,07)	51%	100% ouders	FAS-IR en CY-BOCS	CY-BOCS (score ≥ 16)	r = 0,23**

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

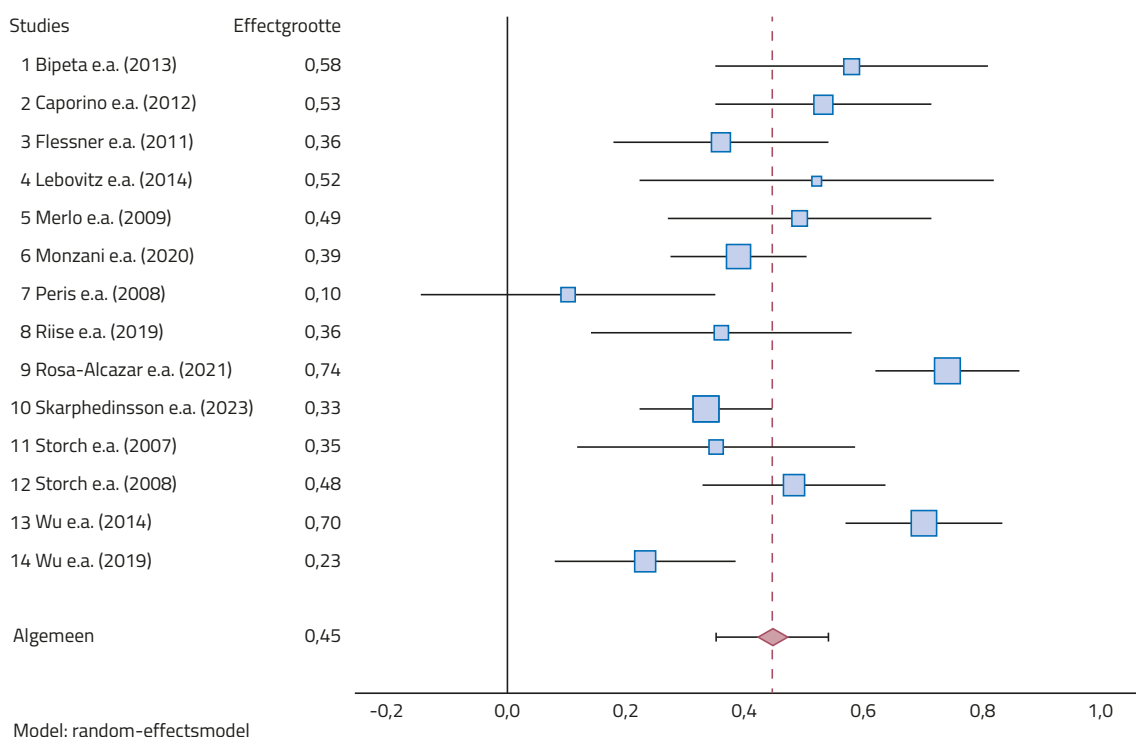
accommodatie te meten.⁵ In 11 studies maakte men gebruik van de *FAS-Parent Report* (FAS-PR), in 2 studies van de *FAS-interviewer rated* (FAS-IR) en in 1 studie ontbreken gegevens over welke variant gebruikt werd. De FAS-IR wordt beschouwd als de gouden standaard voor het evalueren van familiale accommodatie. De FAS-IR peilt zowel de frequentie als de vorm van het accommoderend gedrag in de afgelopen week. De FAS-PR is gebaseerd op de FAS-IR en wordt ingevuld door de ouders van de jongere met OCS. Bij beide schalen wijzen hogere scores op een grotere mate van ouderlijke accommodatie.^{5,27} Eerder onderzoek toont aan dat de FAS-PR een betrouwbaar en valide instrument is voor het meten van ouderlijke accommodatie bij kinderen met OCS.²⁸

Studieopzet

Van de 14 studies betroffen er 11 crosssectioneel onderzoek waarbij de correlatie tussen de ernst van OCS-symptomen en de mate van familiale accommodatie gerapporteerd werd.^{12-15,17, 18,21-25} In de 3 interventiestudies werden de correlaties berekend bij de uitgangsmeting gebruikt voor de meta-analyse.^{16,19,20}

Meta-analytisch model

Het random-effectsmodel met 1263 aantal deelnemende ouder-kindkoppels toont een positieve effectgrootte van r = 0,45 (95%-BI: 0,35-0,54; p < 0,001). Dit toont aan dat ernstigere OCS-symptomen bij het kind gepaard gaan met meer accommoderend gedrag bij ouders. De forestplot is weergegeven in **figuur 2**. De Q- en I²-test tonen

Figuur 2. Correlatie tussen familiale accommodatie en OCS-symptomen

een aanzienlijke heterogeniteit met respectievelijk $Q = 60,39$ met $p < 0,001$ en $I^2 = 0,76$. Dit wijst op significante verschillen tussen de verschillende studies en kan vermoedelijk verklaard worden door de variatie in populatiegroottes in de studies.

Publicatiebias

Visuele inspectie van de funnelplot (figuur 3) toont dat de studies symmetrisch rond de gemiddelde effectgrootte verdeeld zijn. Rosenthals fail-safe-N-test toont aan dat er ongeveer 97 niet-gepubliceerde studies met nulresultaten nodig zijn om de waargenomen effectgrootte niet-significant te maken. Dit geeft aan dat het erg onwaarschijnlijk is dat de waargenomen effectgrootte onderhevig is aan publicatiebias.

Systematische review van de literatuur

Prevalentie en aard gedrag

Over alle studies geeft 69-83% van de ouders van jongeren met OCS aan dagelijks accommoderend gedrag te vertonen; 99% geeft aan wekelijks accommoderend gedrag te vertonen.¹²⁻²⁵ In een controlegroep zou slechts 23% van de ouders dagelijks accommoderend gedrag vertonen.¹⁵ Accommoderend gedrag dat het meest door primaire zorgfiguren beschreven wordt, betrof: geruststelling (77-80%), vermijding van triggers (33-70,7%) en deelname aan rituelen (32%).^{18,21,22,25} In 4 studies werd de correlatie berekend op zowel totale OCS-klachten, als ook op aparte symptoomclusters. Indien we focusten op aparte symptoomclusters, zagen we enkel een correlatie

bij één specifieke symptoomcluster, namelijk contaminatie/schoonmaken.^{14,21,24,25} Er wordt geen significante correlatie gevonden met andere symptoomclusters: verboden gedachten, symmetrie/tellen en hamsteren.

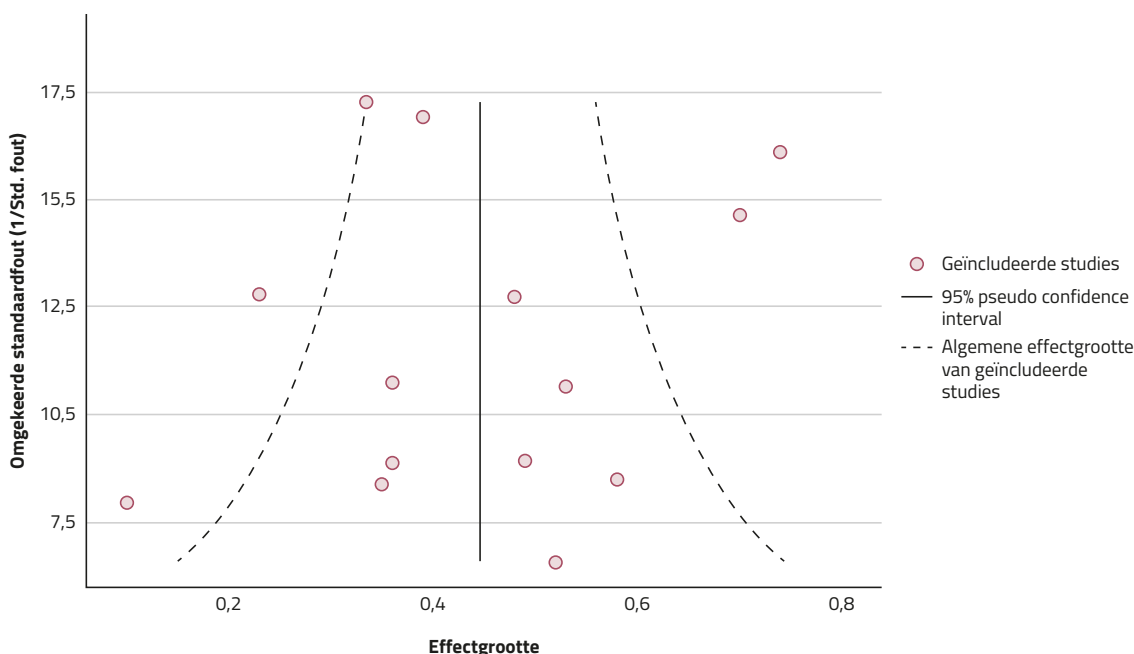
Ernst OCS-symptomen en functionele beperkingen bij het kind

13 studies tonen een significante, positieve correlatie tussen familiale accommodatie en de ernst van OCS-symptomen.^{12-17,19-25} 1 studie toont een positieve correlatie, maar de resultaten zijn niet statistisch significant.¹⁸ Familiale accommodatie is niet gecorreleerd met door het kind gerapporteerde functionele beperkingen, wel met door ouder en door interviewer gerapporteerde beperkingen.^{13,16,22,23} Enkele studies tonen aan dat familiale accommodatie een mediërende rol speelt tussen de OCS-symptomen en de door de ouder gerapporteerde beperkingen.^{12,13,22} Verder treedt familiale accommodatie op als predictor voor door de ouder gerapporteerde beperkingen op alle 3 levensdomeinen (thuis, sociaal en school), ook nadat gecorrigeerd wordt voor de ernst van OCS-symptomen.²³ Bij jongeren is dit enkel het geval op het schoolse domein.²³

Sociodemografische factoren

In 5 studies onderzocht men de invloed van leeftijd op de mate van accommoderend gedrag: 1 studie toont aan dat een jongere leeftijd geassocieerd is met verhoogde familiale accommodatie, 4 van deze studies tonen geen correlatie.^{17,18,21,22,25} We observeren wel een verhoogde mate van accommoderend gedrag in 1 studie, waarin

Figuur 3. Funnelplot van effectgroottes



men een opvallend jongere studiepopulatie onderzocht in vergelijking met de andere studies.²⁰ Er wordt verder geen associatie geobserveerd tussen familiale accommodatie en andere sociodemografische variabelen (demografie, etniciteit en gender).^{17,18,22,25}

Comorbiditeit

In 4 studies onderzocht men een eventuele impact van comorbide stoornissen op familiale accommodatie en OCS-symptomen.^{13,20,24,25} Er werd geen evidentie gevonden voor een impact van ADHD, oppositioneel-opstandige stoornis of stemmingsstoornissen op de relatie tussen beide aspecten. 4 studies tonen een significante associatie tussen familiale accommodatie en externaliserende symptomen, waarbij externaliserende symptomen bijkomend als mediator optreden tussen de ernst van OCS-symptomen en familiale accommodatie.^{13,20,24,25} Verder zien we dat ook internaliserende moeilijkheden als mediator optreden tussen OCS-gerelateerde functionele beperkingen bij het kind en familiale accommodatie.²⁵

Ouder- of gezinsfactoren

2 studies tonen een significant verschil in de mate van accommoderend gedrag bij moeders in vergelijking met vaders: wekelijks accommoderend gedrag bij moeders en vaders betreft respectievelijk 80% en 57%, ook scoren moeders gemiddeld hoger op de FAS.^{17,20} Dit verschil zien we ook indien de effectgrootte van de correlatie voor moeders en vaders vergeleken wordt: het ene onderzoek toont respectievelijk $r = 0,39$ en $r = 0,34$, het andere $r = 0,740$ en $r = 0,511$.^{17,20} Familiale accommodatie bij moeders is significant geassocieerd aan kindfactoren (CBCL en CY-BOCS), bij vaders aan ouderfactoren

(FAS-score van moeder).²⁰ De studies tonen wisselende resultaten wat betreft een eventuele associatie tussen familiale accommodatie en ouderlijke psychopathie of opvoedingsstijl.^{13,17,18,21,24}

Inzicht

Enkele studies tonen aan dat er een omgekeerd evenredig verband bestaat tussen inzicht van kinderen in OCS-klachten enerzijds en familiale accommodatie, ernst van OCS-symptomen en functionele beperkingen van het kind anderzijds. Betreffende functionele beperkingen was deze correlatie enkel significant voor het thuis- en sociale domein, niet voor het schoolse domein. Men ziet een recht evenredig verband tussen ziekte-inzicht en leeftijd.^{12,23}

Therapie

De 3 interventiestudies geven meer duidelijkheid omtrent de eventuele impact van gezinstherapie op familiale accommodatie en OCS-symptomen.^{16,17,19} Familiale accommodatie daalt opvallend na gezinstherapie, deze daling is significant gecorreleerd met een daling van OCS-symptomen. De 2 studies waarin men onderzocht of familiale accommodatie als predictor kan optreden voor een verminderde therapie-uitkomst tonen tegenstrijdige resultaten.^{17,19}

DISCUSSIE

Bevindingen

In deze meta-analyse, waarbij we 14 studies inclueerden, onderzochten we een eventuele correlatie tussen familiale accommodatie en de ernst van OCS-

symptomen bij jongeren. Daarbij vonden we een significante associatie met matige effectgrootte. Dit suggereert dat ernstiger OCS-klachten geassocieerd zijn met een hogere mate van accommoderend gedrag. Er was geen evidentie voor een significante publicatiebias. We observeren een (matige) effectgrootte die vergelijkbaar is met die in eerdere meta-analyses.^{9,10} Dit toont dat de mate van samenhang tussen de FAS en de CY-BOCS gelijk is bij jongeren in vergelijking met volwassenen. Een verhoogde samenhang zou men kunnen verwachten aangezien jongeren in andere ontwikkelingsfasen zitten, waarbij voornamelijk jonge kinderen afhankelijker zijn van hun ouders in het dagelijkse leven. Er bestaat een grijze zone tussen wat ervaren wordt als 'normaal' ouderschap en accommoderend gedrag, waarbij de ontwikkelingsstadia van jongeren in acht genomen moeten worden.²⁵ Verder zijn ouders over het algemeen intensiever betrokken op verschillende levensdomeinen van hun kinderen dan partners onderling, waardoor er meer gelegenheden zijn voor accommoderend gedrag.²⁹ Deze bevindingen tonen een associatie, maar leveren geen aanwijzingen over een mogelijke causaliteit van de relatie tussen familiale accommodatie en de ernst van OCS-symptomen, noch over de eventuele richting van een potentiële causale relatie. Het is een aannemelijke hypothese dat beide aspecten elkaar transactioneel beïnvloeden. Bij toekomstig onderzoek moet men zich focussen op longitudinale studies om een eventuele causale relatie en richting aan te tonen.

Relevante levensdomeinen

Familiale accommodatie is gecorreleerd met alle levensdomeinen (thuis, sociaal en school) van de door ouder of interviewer gerapporteerde beperkingen bij het kind.^{16,22,23} Studies vermelden hierbij familiale accommodatie als mediërende variabele tussen de OCS-symptomen en de oudergerapporteerde beperkingen.^{16,22,23} Bij de kindgerapporteerde beperkingen werd er enkel een correlatie gevonden op het schoolse domein.^{16,22,23} De afwezigheid van ervaren beperkingen binnen de thuiscontext door het kind zou mogelijk verklaard kunnen worden door het accommoderend gedrag van ouders, die zo de angsten/spanning van hun kind beperken. Het is mogelijk dat in sociale relaties de rol van ouders – en meer bepaald het accommoderende gedrag – overgenomen wordt door vrienden, waardoor ook hier de ervaren spanning beperkt blijft. Op school zijn er echter duidelijke verwachtingen, zijn er minder mogelijkheden om gebruik te maken van negatieve copingstrategieën en zijn ouders niet aanwezig om accommoderend gedrag te vertonen, hetgeen samen mogelijk leidt tot een toegenomen onrust en secundair ook tot meer ervaren functionele beperkingen door het kind.^{16,22,23}

Symptoomcluster schoonmaken/contaminatie

Ons onderzoek toont aan dat de correlatie tussen familiale accommodatie en OCS-symptomen enkel significant

is bij de symptoomcluster schoonmaken/contaminatie.^{14,21,24,25} Volgens ons zou dit mogelijk verklaard kunnen worden doordat het voor ouders relatief gemakkelijker is om te accommoderen bij deze symptoomcluster dan bij de andere clusters (verboden gedachten, symmetrie en hamsteren). Bij het domein 'verboden gedachten' zullen kinderen bijkomend minder snel geneigd zijn deze gedachten met ouders te delen of indien ze dit toch doen, kunnen ouders enkel accommoderen door de jongeren gerust te stellen, hetgeen slechts één item is op de FAS.

Verband met externaliserend gedrag

Daarnaast tonen enkele geïncludeerde studies een significante associatie tussen familiale accommodatie en externaliserende moeilijkheden, waarbij externaliserende symptomen als mediator optreden tussen de ernst van OCS-symptomen en familiale accommodatie.^{13,20,24,25} Een mogelijke hypothese is dat de toegenomen OCS-symptomen bij het kind leiden tot meer uitwendige manifestaties van spanning zoals disruptief of agressief gedrag dat secundair – uit angst bij ouders voor verdere escalatie van het gedrag – leidt tot meer accommodatie. Andersom zou familiale accommodatie – door de negatieve bekrachtigingscyclus – de angsten rond OCS-klachten bij het kind op lange termijn verder kunnen bekrachtigen.^{6,7} Het kind leert geen alternatieve manieren aan om adequaat met de angst/spanning om te gaan, hetgeen kan leiden tot een toename van externaliserende gedragingen en secundair ook tot een grotere (negatieve) impact op hun functioneren.

Verschillen tussen vaders en moeders

De correlatie tussen OCS-symptomen en accommoderend gedrag was significant bij zowel moeders als vaders en ook onderling werd een correlatie gevonden. Dit suggereert dat indien één ouder accommoderend gedrag laat zien, de andere ouder frequent zal volgen in dit gedrag. We observeren een hogere mate van accommoderend gedrag bij moeders dan bij vaders en indien slechts één ouder accommoderend gedrag vertoont, is dit frequent de moeder.^{17,20} Dit kan eventueel verklaard worden door het gegeven dat moeders in het algemeen – en zeker op jonge leeftijd – een groter deel van de zorg op zich nemen, alsook meer uren bij het kind zijn en hierdoor meer (emotioneel) belast worden door OCS-symptomen.^{17,20} Een bijkomende hypothese is dat vaders mogelijk over het algemeen van nature een meer begrenzen opvoedingsstijl hanteren waardoor zij minder accommoderend gedrag vertonen. Verder onderzoek naar beide aspecten is aangewezen.

Belang gezinstherapie

Eerder onderzoek benadrukte reeds het belang van gezinstherapie in de behandeling van dwangklachten waarbij zowel een daling van familiale accommodatie als van OCS-klachten geobserveerd werd.⁸ Ook onze meta-analyse met systematische review toont aan dat

gezinstherapie leidt tot een significante daling bij beide aspecten.^{16,17,19} Bij de interventiestudies voerde men enkel metingen uit voor en na gezinstherapie, waardoor er geen informatie verkregen wordt over een eventuele volgorde van deze daling. Om meer duidelijkheid te verkrijgen over de volgorde in daling dienen de FAS en CY-BOCS in toekomstig, longitudinaal onderzoek ook regelmatig gemeten te worden gedurende het therapeutisch traject. Vanuit ons onderzoek lijkt het aangewezen om beide ouders te betrekken in gezinstherapie aangezien er een verhoogd risico bestaat dat de afwezige ouder verder accommoderend gedrag zal vertonen en zo de OCS-klachten mee in stand houdt.¹⁷ Volgens ons is het mogelijk via gezinstherapie de onderlinge afstemming tussen ouders te versterken om zo een meer begrenzende opvoedingsstijl vol te houden. In de geïncludeerde studies ligt de focus enkel op het accommoderend gedrag dat door ouders vertoond wordt, en houdt men geen rekening met eventueel accommoderend gedrag van andere betrokken gezins-/familieleden. In verder onderzoek dient men ook de rol van de bredere context te exploreren.

Beperkingen

We moeten rekening houden met enkele beperkingen bij het interpreteren van deze resultaten. We verkregen de gebruikte data uit crosssectioneel onderzoek of uit de eerste meting bij interventieonderzoek; er kan bijgevolg geen causaal verband aangetoond worden. Verder zien we dat er weinig variëteit aanwezig is in de studiepopulatie: de meeste studies werden uitgevoerd in de Verenigde Staten (blanke gemeenschap) of West-Europa, en de focus ligt op traditionele gezinsverbanden waarbij moeder/vader (alleen) instaan voor de opvoeding. Ten slotte moeten we vermelden dat het een relatief kleine meta-analyse betreft waardoor deze gevoeliger blijft voor publicatiebias, hoewel we hier geen bewijs voor vonden.

CONCLUSIE

Dit is de eerste meta-analyse naar de associatie tussen familiale accommodatie en de ernst van OCS-

symptomen bij jongeren ≤ 18 jaar. We vonden een matige effectgrootte, hetgeen een positieve associatie tussen beide factoren aantoont. Deze bevindingen zouden kunnen suggereren dat accommoderend gedrag een rol speelt in het onderhouden en zelfs verergeren van de OCS-symptomen.

Deze meta-analyse levert echter geen aanwijzingen over de causaliteit van de relatie tussen familiale accommodatie en de ernst van OCS-symptomen. Het is een aannemelijke hypothese dat beide aspecten elkaar transactioneel beïnvloeden. Bij toekomstig onderzoek dient men zich te focussen op de eventuele richting van een potentiële causale relatie om de rol van familiale accommodatie bij OCS bij jongeren ≤ 18 jaar verder te exploreren om genuanceerdere behandelplannen op te kunnen stellen.

Gezien de bevindingen dat er een associatie bestaat tussen OCS-symptomen en familiale accommodatie, lijkt het erop dat gezinstherapie – gericht op het accommoderende gedrag van ouders – een belangrijke plaats verdient binnen het verdere behandeltraject. Op deze manier kan de onderlinge afstemming tussen ouders versterkt worden om zo tot een meer begrenzende opvoedingsstijl te komen en deze vol te houden. Secundair kan gezinstherapie op die manier leiden tot een afname van zowel de dwangklachten als de functionele beperkingen op de verschillende levensdomeinen bij jongeren ≤ 18 jaar. Bij toekomstig onderzoek dient men zich te richten op de impact van (begripvolle) begrenzing van dwangklachten, alsook op de invloed van de bredere sociale context op deze dwangklachten.

LITERATUUR

- 1 Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. 947, xlv.
- 2 Douglass HM, Moffitt TE, Dar D, e.a. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1424-31.
- 3 Piacentini J, Bergman RL, Keller M, e.a. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003; 13: suppl 1.
- 4 Sharma E, Sharma LP, Balachander S, e.a. Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2021; 12: 703701.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Jimmy De Witz, kinder- en jeugdpsychiater, Alexianen Zorggroep Tienen.

Marina Danckaerts, hoogleeraar Kinder- en jeugdpsychiatrie, dept. Neurowetenschappen, UPC KU Leuven.

Correspondentie

Jimmy De Witz (jimmy.dewitz@azt.broedersvanliefde.be).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-1-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(4):225-232