



Universiteit Utrecht

Masterthesis – 2011/2012

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor
angststoornissen bij westerse en niet-westerse cliënten

Henriëtte Dijkstra (3385787)

Universiteit: Universiteit Utrecht

Studie: Klinische en Gezondheidspsychologie

Onder begeleiding van: prof. dr. Marcel van den Hout en dr. Marleen Rijkeboer

In samenwerking met: Merel Kamps

Datum: 2 maart 2012

Abstract

Introduction. *Cognitive behavioral therapy (CBT) has proven to be very effective in treating anxiety disorders. However, the samples of effectiveness research consist mainly of Western individuals. There is a lack of studies on the effectiveness of CBT for non-Western individuals with anxiety disorders. The current study tests if there is a difference in CBT effects between Western and non-Western individuals suffering from anxiety disorders. On clinical grounds it is expected that Western individuals will improve more as a result of the treatment than non-Western individuals. The second hypothesis is that the drop-out rate is higher among the non-Western than among the Western group.*

Method. *The sample consists of 186 clients suffering from anxiety disorders, under which 146 Western and 40 non-Western individuals, who were treated in a specialized anxiety outpatient center. The Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) were administered at the start and the end of the treatment to evaluate the effectiveness of the treatment.*

Results. *The intention-to-treat analysis shows that cognitive behavioral therapy is equally effective for Western and non-Western individuals. In contrast to the first hypothesis, the completers analysis suggests that CBT is more effective with non-Western than with Western clients. This difference in effectiveness is probably due to the higher symptom level in the non-Western group at the start of the treatment as the difference in effectiveness disappeared after statistically controlling for the pretreatment score. The hypothesis that Western clients will benefit more from cognitive behavioral therapy than non-Western clients is rejected. The results do offer support for the hypothesis that drop-out is higher among non-Western individuals (37.5%) than among Western individuals (15.1%).*

Conclusion. *The findings suggest that cognitive behavioral therapy is at least equally effective for Western and non-Western individuals, but drop-out was higher in the non-Western group. Further research may elucidate why the groups differ in drop-out rates. The data suggest that adapting CBT to become more “culturally sensitive” is not crucial. However, prevention of drop out should receive priority in the treatment of non-Western anxiety patients.*

Key words: anxiety disorders, cognitive behavioral therapy, drop out, education level, effectiveness, immigrants, natives, non-Western individuals, use of medication, Western individuals.

Inleiding. *Cognitieve gedragstherapie (CGT) is zeer effectief gebleken in het behandelen van angststoornissen. De steekproeven in effectiviteitsonderzoek bestaan echter voornamelijk uit westerse individuen en er is een gebrek aan onderzoek naar de effectiviteit van CGT voor angststoornissen bij niet-westerse individuen. In de huidige studie wordt onderzocht of er een verschil in effectiviteit van CGT voor angststoornissen bestaat tussen westerse en niet-westerse individuen. Op basis van klinische argumenten wordt verwacht dat westerse individuen meer baat bij de behandeling zullen hebben dan niet-westerse individuen. Daarnaast wordt verwacht dat het drop-outpercentage hoger zal zijn in de niet-westerse dan in de westerse groep.*

Methode. *De steekproef bestaat uit 186 cliënten met angststoornissen, waaronder 146 westerse en 40 niet-westerse individuen, die in een gespecialiseerde angstopoliekliniek werden behandeld. De Brief Symptom Inventory (BSI) en de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) werden voorafgaand aan en na de behandeling afgenomen om de effectiviteit van de behandelingen te kunnen evalueren.*

Resultaten. *Uit de intention-to-treat analyse blijkt dat de cognitieve gedragstherapie even effectief is voor westerse en niet-westerse individuen. Uit de completers analyse komt naar voren dat CGT effectiever is bij niet-westerse dan bij westerse cliënten. Dit verschil in effectiviteit is zeer waarschijnlijk te wijten aan de hevigere symptomatologie bij niet-westerse cliënten voorafgaand aan de behandeling, aangezien het verschil in effectiviteit verdwijnt na het controleren voor de score op de voormeting. De hypothese dat westerse cliënten meer baat hebben bij de CGT dan niet-westerse cliënten kan niet worden bevestigd. De resultaten bieden daarentegen wel ondersteuning voor de hypothese dat drop-out meer voorkomt onder niet-westerse individuen (37.5%) dan onder westerse individuen (15.1%).*

Conclusie. *De gegevens suggereren dat CGT voor angststoornissen minstens even effectief is voor westerse als voor niet-westerse individuen. De drop-out vormt echter een groot probleem onder de niet-westerse groep. Toekomstig onderzoek zal kunnen verhelderen hoe het komt dat de mate van drop-out verschilt tussen beide groepen. De data suggereren dat het ontwikkelen van cultuursensitieve therapieën onnodig is en dat er aandacht besteedt moet worden aan de preventie van drop-out bij niet-westerse cliënten met angststoornissen.*

Trefwoorden: allochtonen, angststoornissen, autochtonen, cognitieve gedragstherapie, drop-out, effectiviteit, medicatiegebruik, niet-westerse individuen, opleidingsniveau, westerse individuen.

Inleiding

Cognitieve gedragstherapie is de eerste keuze van psychologische behandeling voor de meeste mentale gezondheidsproblemen (NICE, in Rathod & Kingdon, 2009), zo ook voor angst. Cognitieve gedragstherapie valt onder de empirisch ondersteunde behandelingen voor angststoornissen bij volwassenen (Chambless & Ollendick, in Stewart & Chambless, 2009). Onder andere in een meta-analyse van Stewart en Chambless (2009) is de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen bij volwassenen vastgesteld. Uit de meta-analyse kwam naar voren dat cognitieve gedragstherapie een goede methode is voor het behandelen van angststoornissen bij volwassenen. Verscheidene andere meta-analyses van gecontroleerde klinische trials ondersteunen de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor de paniekstoornis, sociale angststoornis, obsessieve compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stressstoornis (zie Deacon & Amramowitz, 2004, voor een review). Al met al kan geconcludeerd worden dat cognitieve gedragstherapie een effectieve behandelmethode voor angststoornissen is.

Hoewel cognitieve gedragstherapie als een effectieve behandelmethode voor angststoornissen wordt gezien, bestaat de vraag of cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen voor alle bevolkingsgroepen even effectief is. De steekproeven in effectiviteitsonderzoeken naar cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen bestaan voornamelijk uit blanke Europese en blanke Amerikaanse individuen, waardoor etnische minderheidsgroepen meestal ondervertegenwoordigd zijn (Alvidrez, Azocar & Miranda, 1996). Er is een gebrek aan onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor etnische minderheidsgroepen (Voss Horrell, 2008).

De Nederlandse samenleving wordt in toenemende mate geconfronteerd met vraagstukken over de geestelijke gezondheidszorg aan allochtonen (Hilderink, van 't Land & Smits, 2009). Wanneer in het huidige artikel over allochtonen gesproken wordt, worden niet-westerse allochtonen bedoeld. Een niet-westerse allochtoon is een individu van wie minimaal één van de ouders in een niet-westers land geboren is (CBS, 2000). Er zijn ongeveer 1,9 miljoen niet-westerse allochtonen woonachtig in Nederland (CBS, 2010) en angststoornissen komen veel voor onder deze groep (Nemesis-I, in Hilderink et al., 2009). Aangezien cognitieve gedragstherapie de meest toegepaste behandelmethode is voor angststoornissen (Rachman, 2009), is het van belang te weten of deze behandelmethode net zo effectief voor allochtonen is als voor autochtonen.

Op basis van klinische indrukken wordt verwacht dat de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen lager zal zijn voor allochtonen dan voor autochtonen. Uit een onderzoek uitgevoerd door het Trimbos Instituut (Hilderink et al., 2009) blijkt dat bijna twee derde van de hulpverleners van mening is dat het behandelaanbod in de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende afgestemd is op de culturele en etnische achtergrond van allochtone cliënten. Mogelijk zouden multidisciplinaire richtlijnen en gestandaardiseerde protocollen niet de juiste methoden bevatten om allochtone cliënten in de geestelijke gezondheidszorg te behandelen en zouden

cultuursensitieve methoden overwogen moeten worden.

Eén van de redenen die wordt gegeven voor een mogelijk lagere effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen bij allochtonen dan bij autochtonen is het verschil in waarden tussen culturen. De begrippen, concepten en technieken die binnen de cognitieve gedragstherapie gebruikt worden, zijn ontstaan vanuit westerse waarden, zoals het bevorderen van assertiviteit, individualisme en het aanmoedigen van vrije expressie van gevoelens (Kortmann, in Hilderink et al., 2009). Deze waarden staan vaak lijnrecht tegenover de waarden die kenmerkend zijn voor niet-westerse culturen. In veel culturen wordt subtiele communicatie verkozen boven assertiviteit, collectivisme boven individualisme, en luisteren en observeren boven praten (Hays, 2009).

Verder ligt de focus bij cognitieve gedragstherapie op het heden, waardoor waardevolle informatie uit het verleden mogelijk niet aan de orde komt. Bij individuen uit sommige culturen kan het belangrijk zijn diep in te gaan op het verleden, zodat persoonlijke ervaringen en gedragingen van de cliënt beter begrepen kunnen worden (Hays, 2009).

Daarnaast lijkt er bij allochtone cliënten vaker sprake te zijn van meervoudige problematiek dan bij autochtone cliënten. Naast psychische klachten bestaan er bijvoorbeeld relatie- en werkproblemen, problemen met uitkering, problemen met huisvesting of problemen met een verblijfsvergunning. Allochtone cliënten hebben behoefte aan voldoende aandacht voor deze maatschappelijke problemen, waar de cognitieve gedragstherapie in eerste instantie niet op gericht is (Hilderink et al., 2009). Zo is er nog een aantal klinische argumenten te noemen voor het mogelijk minder effectief zijn van cognitieve gedragstherapie voor allochtone cliënten dan voor autochtone cliënten. De genoemde argumenten zijn echter niet gesteld op basis van direct vergelijkend onderzoek. Hoe zit het met het onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij niet-westerse individuen en westerse individuen met een angststoornis?

In een review van Voss Horrell (2008) werden twaalf Amerikaanse studies bekeken waarin de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor etnische minderheidsgroepen onderzocht werd. Uit deze review komt naar voren dat cognitieve gedragstherapie een effectieve behandeling lijkt te zijn voor cliënten uit etnische minderheidsgroepen. Cognitieve gedragstherapie was effectief in het reduceren van de symptomen van verschillende stoornissen, waaronder de posttraumatische stressstoornis, gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis. Doordat bij de meeste studies in deze review naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen een groep bestaand uit Kaukasische Amerikanen ontbreekt, kunnen er geen uitspraken gedaan worden over verschil in effectiviteit tussen westerse cliënten en niet-westerse cliënten.

Chambless en Williams (1995) onderzochten de effectiviteit van gedragstherapie voor paniekstoornis met agorafobie bij Kaukasische Amerikanen en Afrikaanse Amerikanen. Hoewel bij beide groepen verbetering op trad, was er significant meer verbetering bij de Kaukasische Amerikanen op de meeste uitkomstmaten. Een beperking van het onderzoek is dat de behandeling onder andere

door onervaren afgestudeerde studenten werd uitgevoerd. Verder was er sprake van een kleine steekproef en bestond de therapie slechts uit gedragstherapeutische technieken.

Friedman, Braunstein en Halpern (2006) deden een soortgelijk onderzoek, maar voegden ook een cognitieve component aan de therapie toe. De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie werd onderzocht voor Afrikaanse Amerikanen en Kaukasische Amerikanen met een paniekstoornis met agorafobie. Na de behandeling was er bij beide groepen een significante reductie in angst- en depressieve symptomen opgetreden. Enkel de reductie van depressieve symptomen was groter bij Kaukasische Amerikanen dan bij Afrikaanse Amerikanen. Een beperking van het onderzoek is dat er geen follow-up meting is uitgevoerd. Daarnaast zijn er in dit onderzoek enkel Afrikaanse Amerikanen en Kaukasische Amerikanen benaderd. Het is van belang om andere etnische groepen bij onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie te betrekken. Ook is de steekproef in dit onderzoek klein.

Zeer recent is er in Nederland onderzoek gedaan naar het verschil in effectiviteit van cognitieve gedragstherapie tussen autochtone Nederlandse cliënten en niet-westerse allochtone cliënten met angststoornissen (Itkina, van den Hout, Rijkeboer & Cath, 2011). Cognitieve gedragstherapie bleek niet minder effectief te zijn bij allochtone cliënten dan bij autochtone cliënten met angststoornissen. Een beperking van het onderzoek is dat er geen follow-up meting is uitgevoerd. Daarnaast is de steekproef opnieuw klein. Er is behoefte aan onderzoek met grotere steekproeven.

De opinie dat cognitieve gedragstherapie minder effectief is bij niet-westerse allochtonen dan bij autochtonen is voornamelijk een hypothese die niet voldoende ondersteund wordt door empirisch onderzoek (Itkina et al., 2011). In het huidige onderzoek zal dan ook worden nagegaan of er een verschil is in effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen tussen niet-westerse allochtone cliënten en autochtone Nederlandse cliënten.

Bij onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen kan de mate van drop-out een probleem vormen (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007). Onder drop-out wordt verstaan: een 'eenzijdige, voortijdige beëindiging van de behandeling of opname door de cliënt, terwijl de therapeut van mening is dat het behandelingsdoel nog niet bereikt is en voortzetting van de behandeling nog wel resultaten op zou kunnen leveren' (Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Drop-out komt veel voor (Edlund, Wang, Berglund, Katz, Lin & Kessler, 2002; Pinto-Meza et al., 2011) en vormt een barrière voor het ontvangen van effectieve zorg (Lester, Resick, Young-Xu & Artz, 2010). Behandelingen die van inadequate duur zijn, blijken veelal ineffectief te zijn (Pinto-Meza et al., 2011). Drop-out heeft dan ook een serieuze impact op de interpretatie van de effectiviteit van behandelingen. De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie wordt lager wanneer naar de drop-out gekeken wordt (Bados et al., 2007). Het is voor het vaststellen van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor allochtone en autochtone cliënten met angststoornissen van belang naar de mate van drop-out te kijken.

Het is momenteel niet mogelijk om betrouwbare uitspraken te doen over de omvang van drop-out onder allochtone cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Dit is te wijten aan onvolledige

zorgregistratie. De etniciteit van de cliënten wordt veelal niet geregistreerd (Hilderink et al., 2009). Ondanks de gebrekkige registratie van de culturele herkomst van cliënten, zijn er onderzoeken bekend die duiden op een hoger drop-out percentage onder allochtone dan onder autochtone cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (Braam et al., in Struijs & Wennink, 2000; Wang, 2007; Lester et al., 2010).

Mogelijke risicofactoren voor drop-out onder allochtone cliënten zijn een lage sociaaleconomische status (CBS, 2000; van Praag, 2006), verkeerde verwachtingen over de psychotherapie (Broers & Eland, in Hilderink et al., 2009), behoefte aan medicamenteuze behandeling (Veeninga & Hafkenscheid, 2004), visies die botsen, wederzijds onbegrip (Hofstede, in Hilderink et al., 2009), het ervaren van praktische problemen (Bados et al., 2007; Edlund et al., 2002), communicatieproblemen en culturele verschillen die het volgen van een behandelplan kunnen bemoeilijken (Struijs & Wennink, 2000).

Hypothesen

In het huidige onderzoek zal gekeken worden of er een verschil in effectiviteit van cognitieve gedragstherapie is tussen enerzijds niet-westerse allochtone cliënten met angststoornissen en anderzijds Nederlandse autochtone en westerse allochtone cliënten met angststoornissen, geschaard onder de term westerse individuen. Westerse allochtonen worden in dezelfde groep als Nederlandse autochtone cliënten geplaatst, omdat deze individuen in sociaaleconomisch of cultureel opzicht sterk op Nederlanders lijken (CBS, 2000). Niet-westerse allochtonen komen in tegenstelling tot westerse allochtonen uit herkomstlanden die sterk verschillen van Nederland op sociaaleconomisch en cultureel gebied. Verwacht wordt, met name op basis van klinische argumenten, dat de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie lager zal zijn voor niet-westerse allochtone cliënten dan voor Nederlandse autochtone cliënten en westerse allochtone cliënten met angststoornissen. Ten tweede wordt op basis van een aantal onderzoeken verwacht dat de mate van drop-out hoger zal zijn onder de niet-westerse cliënten dan onder de westerse cliënten.

Methoden

Participanten

Sinds medio 2007 worden bij de cliënten van het Altrecht Academisch Angstcentrum (AAA) vragenlijsten afgenomen met als doel onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie uit te kunnen voeren. In de huidige studie is gebruik gemaakt van gegevens afkomstig uit deze vragenlijsten. Op dit moment komen er 186 participanten, waaronder 68 mannen en 118 vrouwen, in aanmerking voor deelname aan het effectiviteitsonderzoek. Aan het artikel is als bijlage een stroomdiagram toegevoegd waarin beschreven wordt hoe de steekproef samengesteld is (zie Bijlage 1). De individuen die aan het huidige onderzoek hebben deelgenomen, hadden allen als hoofddiagnose een angststoornis volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000). De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 35.3 jaar ($SD = 10.2$). Zie Tabel 1.1 voor een overzicht van de demografische gegevens voor zowel westerse als niet-westerse individuen.

Tabel 1.1. Demografische gegevens van de participanten (seks, leeftijd en opleidingsniveau).

	Westerse individuen	Niet-westerse individuen
<u>Sekse</u>		
Mannen	52 (35.6%)	16 (40.0%)
Vrouwen	94 (64.4%)	24 (60.0%)
<u>Gemiddelde leeftijd</u>	35.0 ($SD = 10.6$)	36.4 ($SD = 8.3$)
<u>Opleidingsniveau</u>		
Lager onderwijs	40 (27.4%)	20 (52.6%)
Middelhoog onderwijs	59 (40.4%)	10 (26.3%)
Hoger onderwijs	47 (32.2%)	8 (21.1%)

Lager onderwijs = Lager of basisonderwijs, MAVO, VMBO, LTS en LBO.

Middelhoog onderwijs = HAVO, VWO, Atheneum, HBS, MBO, MEAO en MTS.

Hoger onderwijs = HBO, HEAO, HTS en WO.

De steekproef bestaat uit 146 individuen met een westerse achtergrond en 40 individuen met een niet-westerse achtergrond. De westerse groep bestaat uit 19 westerse allochtone cliënten en 127 Nederlandse autochtone cliënten. In de groep niet-westerse individuen kan een onderscheid gemaakt worden tussen eerste en tweede generatie allochtonen. In totaal nemen 36 eerste generatie niet-westerse allochtonen en 4 tweede generatie niet-westerse allochtonen deel aan het onderzoek. Bij 10 van de niet-westerse participanten werd gebruik gemaakt van een tolk tijdens de behandeling.

De meeste participanten zijn individueel behandeld (88.4% ($n = 129$) van de westerse individuen en 90% ($n = 36$) van de niet-westerse individuen). De overige participanten hebben deelgenomen aan groepstherapieën (11.6% ($n = 17$) van de westerse individuen en 10% ($n = 4$) van de niet-westerse individuen). Het gemiddeld aantal sessies van individuen die de behandeling hebben afgerond bedraagt 17.1 sessies ($SD = 8.7$) voor de westerse groep en 18.9 sessies ($SD = 10.7$) voor de niet-westerse groep. In totaal gebruikten 87 participanten tijdens de start van de behandeling

psychotrope medicatie. Met name SSRI's en Benzodiazepines worden veel gebruikt. 50.7% (n = 74) van de westerse individuen gebruikt één of meer medicijnen, terwijl 32.5% (n = 13) van de niet-westerse individuen één of meer medicijnen gebruikt. Zie Tabel 1.2 voor het medicatiegebruik bij de verschillende groepen.

Tabel 1.2. *Frequenties en percentages van het medicatiegebruik per groep.*

	Westerse individuen	Niet-westerse individuen
Benzodiazepines	16 (21.6%)	7 (53.8%)
SSRI/SNRI/SARI	58 (78.4%)	9 (69.2%)
Tricyclische en tetracyclische antidepressiva	8 (10.8%)	1 (7.7%)
Antipsychotica	5 (6.8%)	2 (15.4%)
Overig (Psychotropisch)	4 (5.4%)	-

*Percentages kunnen bij elkaar opgeteld boven de 100% uitkomen, doordat er meerdere medicijnen per individu gebruikt kunnen worden.

De meest vastgestelde hoofddiagnoses bij de westerse individuen zijn de paniekstoornis met of zonder agorafobie (n = 45, 30.8%), sociale fobie (n = 31, 21.2%) en obsessieve compulsieve stoornis (n = 30, 20.5%). Voor de niet-westerse individuen geldt dat posttraumatische stressstoornis (n = 15, 37.5%) en paniekstoornis (n = 14, 35%) het meest voorkomen. Zie Figuur 1.1 voor een overzicht van de hoofddiagnoses bij westerse en niet-westerse individuen uitgedrukt in percentages. Een groot deel van de participanten heeft comorbide stoornissen (n = 142). Van de westerse individuen heeft 74.7% (n = 109) één of meerdere comorbide stoornissen. Voor de niet-westerse groep geldt dat 82.5% (n = 33) één of meerdere comorbide stoornissen heeft. Zie Tabel 1.3 voor de voorkomende comorbide stoornissen bij westerse en niet-westerse individuen.

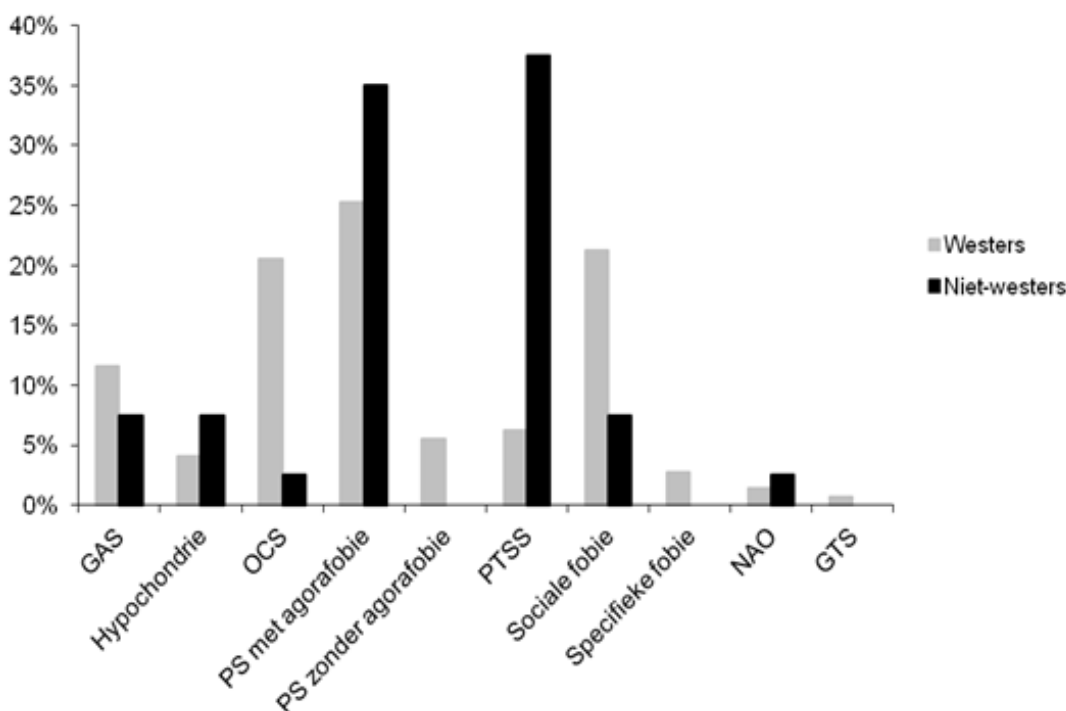
Procedure

De potentiële respondenten werden geïnformeerd over het onderzoek en werd de keuze geboden om hieraan deel te nemen. Er werd gemeld dat geen deelname geen invloed op verdere behandeling zou hebben. Wanneer er besloten werd te participeren in het onderzoek werd er een informed consent ondertekend. Voorafgaand aan het onderzoek werd informatie geboden over de inhoud en de duur van de vragenlijsten. Hierbij werd aandacht besteed aan het waarborgen van de anonimiteit van de gegevens.

Er zijn drie meetmomenten geweest. Tijdens de meetmomenten werden er op locatie online vragenlijsten afgenomen met het programma NetQuestionnaires. Het eerste meetmoment was voorafgaand aan de behandeling. Tijdens dit meetmoment werd het Structured Clinical Interview for mental Disorders (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999) afgenomen. Aan de hand van dit

semigestructureerde interview werd de diagnose gesteld. Daarnaast zijn er algemene klachtenvragenlijsten en, afhankelijk van de uitkomst van de SCID-I, stoornis specifieke vragenlijsten afgenomen. Na dit meetmoment vond er een cognitief gedragstherapeutische behandeling volgens de multidisciplinaire richtlijnen voor angststoornissen plaats. Wanneer zowel de cliënt als de therapeut tevreden waren over het niveau van functioneren werd de behandeling afgerond en werden de algemene en specifieke vragenlijsten nogmaals afgenomen. Als laatste is er zes maanden na afronding van de behandeling een follow-upmeting met tevens dezelfde vragenlijsten uitgevoerd. Omdat slechts 13 niet-westerse cliënten uit de steekproef meegewerkt hebben aan de follow-up meting zal in het huidige onderzoek niet naar de uitkomsten van deze meting gekeken worden.

Figuur 1.1. Hoofddiagnoses voor westerse en niet-westerse individuen uitgedrukt in percentages¹.



Tabel 1.3. Frequenties en percentages van comorbide stoornissen uitgesplitst voor westerse en niet-westerse individuen².

	Westerse individuen	Niet-westerse individuen
Angststoornissen	100 (91.7%)	27 (81.8%)
Depressieve stoornissen	106 (97.2%)	36 (109.1%)
Overige stoornissen	12 (11%)	4 (12.1%)

*Percentages kunnen op meer dan 100% uitkomen, doordat individuen meerdere comorbide stoornissen kunnen hebben.

¹Zie Bijlage 2 voor de tabel waarin de specifieke percentages en het aantal westerse en niet-westerse individuen per hoofddiagnose af te lezen zijn

²Zie Bijlage 2 voor specifieke informatie over de comorbiditeit bij westerse en niet-westerse individuen

Uitkomstmaten

Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

Met de OQ-45 (de Jong, Nugter, Polak, Wagenborg, Spinhoven & Heiser, 2007) wordt aan de hand van herhaalde metingen de vooruitgang van cliënten die behandeling krijgen in kaart gebracht. De OQ-45 bestaat uit 45 items die gescoord worden op een vijfpuntsschaal, uiteenlopend van nooit (0) tot bijna altijd (4). De Nederlandse versie van de OQ-45 bestaat uit de subschalen Symptom Distress (SD), Anxiety and Somatic Distress (ASD), Interpersonal Relationships (IR) en Social Role Performance (SR). Deze subschalen meten verschillende domeinen van het functioneren.

Er is sprake van een goede betrouwbaarheid van het meetinstrument. Voor de klinische steekproef ($n = 1247$) is de interne consistentie van de Nederlandse OQ-45 $\alpha = .93$ en de test-hertestbetrouwbaarheid is $\alpha = .79$ (de Jong et al., 2007). De convergente validiteit van de SD- en ASD-subschalen lijkt goed te zijn, wanneer deze in verband worden gebracht met de *Symptom Checklist 90-item versie* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1975), de *Depression Anxiety and Stress Scales* (DASS; De Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange & Blonk, 2001) en specifieke instrumenten. De validiteit van de IR- en de SR-subschalen is minder goed (de Jong et al., 2007). De begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit van de gehele vragenlijst worden door de COTAN als onvoldoende beoordeeld wegens een gebrek aan onderzoek (de Jong, Nugter, Lambert & Burlingame, 2009).

Brief Symptom Inventory (BSI)

De BSI (de Beurs, 2010) wordt ingezet als instrument om de aard en ernst van psychische klachten vast te stellen en het effect van therapeutische behandelingen te bepalen. De vragenlijst bestaat uit 53 omschrijvingen van klachten, waarvan de cliënt op een vijfpuntsschaal, lopend van helemaal geen (0) tot heel veel (4), moet aangeven in welke mate hij er de afgelopen week last van had. Met de BSI worden somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme uitgevraagd.

De betrouwbaarheid van de eerste zeven schalen is goed ($\alpha > .80$). De betrouwbaarheid (Cronbach's alfa) van de overige schalen, namelijk paranoïde gedachten en psychoticisme, is respectievelijk .79 en .71. Voor de gehele vragenlijst geldt een betrouwbaarheid van .96 (de Beurs, 2010). De validiteit van de BSI is onderzocht door de BSI te vergelijken met de SCL-90-R, een soortgelijke vragenlijst die bijna twee keer zo lang is. De vragenlijsten lijken aan elkaar gerelateerd te zijn. Ook is de BSI in verband gebracht met andere schalen voor psychopathologie en enkele specifieke meetinstrumenten zoals de *Beck Depression Inventory-revised* (BDI-II; Beck & Steer, 1987; de Beurs, 2010).

Datapreparatie, design en data-analyse

De gegevens worden geanalyseerd met behulp van het programma SPSS. Als eerste zal er aan de hand van een Chi-Square toets getoetst worden of de mate van drop-out hoger is onder niet-westerse individuen dan onder westerse individuen. Drop-out is in deze studie gedefinieerd als het voortijdig beëindigen van de behandeling. Indien er een significant verschil in het drop-outpercentage bestaat tussen westerse en niet-westerse individuen zal een logistische regressie uitgevoerd worden met drop-out als afhankelijke variabele en culturele herkomst en opleidingsniveau als covariaten om te onderzoeken of het verschil in drop-out tussen westerse en niet-westerse individuen zal blijven bestaan na controle voor opleidingsniveau. Vervolgens zullen een *intention-to-treat (ITT)* analyse en een *completers* analyse uitgevoerd worden. In de *ITT* analyse worden zowel de drop-outs als de individuen die de behandeling hebben afgerond opgenomen. Er zal gebruik gemaakt worden van de *last measurement carried forward* methode, waarbij drop-outs op de ontbrekende score van de nameting de score van de voormeting toebedeeld krijgt. In de *completers* analyse worden enkel participanten waarvan een voor- en een nameting beschikbaar zijn opgenomen.

Aan de hand van een mixed-design 2x2 ANOVA met tijd (voormeting versus nameting) als *within-subjects factor* en culturele herkomst (westerse versus niet-westerse individuen) als *between-subjects factor* zal de hypothese getoetst worden dat cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen minder effectief is bij niet-westerse dan bij westerse individuen. Bij een significant interactie-effect tussen tijd en culturele herkomst zal er ten eerste voor de score op de voormeting worden gecontroleerd. Vervolgens zal er voor opleidingsniveau en medicatiegebruik gecontroleerd worden door de variabelen als factor aan het design toe te voegen. Hierdoor verandert het design in respectievelijk een 2x2x3 ANOVA en een 2x2x2 ANOVA. De variabele opleidingsniveau is namelijk opgedeeld in de drie categorieën lager, middelhoog en hoger onderwijs. De variabele medicatiegebruik is opgedeeld in de categorieën wel en geen medicatiegebruik.

Resultaten

Verschillen in demografische variabelen tussen westerse en niet-westerse individuen

Er waren geen significante verschillen in leeftijd ($t(184) = -.79, p = .43$), sekse ($\chi^2(1) = .26, p = .61$), aantal sessies ($t(143) = -.88, p = .38$) en groeps- versus individuele therapie ($\chi^2(1) = .09, p = .77$). Er was echter wel een significant verschil in opleiding ($\chi^2(2) = 8.74, p = .01$). Westerse individuen hebben over het algemeen een hoger opleidingsniveau genoten dan niet-westerse individuen. Ook was er een significant verschil in medicatiegebruik ($\chi^2(1) = 4.17, p = .04$). Niet-westerse individuen ($n = 13, 32.5\%$) gebruiken minder psychotrope medicatie dan westerse individuen ($n = 74, 50.7\%$).

Verschil in drop-out tussen westerse individuen en niet-westerse individuen

De drop-out is hoger onder niet-westerse individuen (37.5%, $n = 15$) dan onder westerse individuen (15.1%, $n = 22$). Dit verschil is significant ($\chi^2(1) = 9.91, p < .001$).

Op de voormeting zijn er geen verschillen gevonden in OQ-scores tussen de personen die stoppen tijdens de behandeling en de personen die de behandeling afronden ($t(184) = -.46, p = .65$). Ook verschillen personen die de behandeling afronden en personen die tijdens de behandeling stoppen tijdens de voormeting niet op BSI-scores ($t(184) = -1.44, p = .15$). Het al dan niet voortijdig beëindigen van de behandeling wordt dus niet verklaard door de ernst van het klachteniveau voorafgaand aan de behandeling.

De invloed van culturele herkomst en opleidingsniveau op drop-out

Ook aan de hand van een logistische regressie kan worden aangetoond dat culturele herkomst een significante voorspeller voor drop-out is. Niet-westerse individuen hebben een grotere kans op drop-out dan westerse individuen (zie Tabel 2.1). Na het toevoegen van opleidingsniveau en de interactieterm culturele herkomst x opleidingsniveau aan deze logistische regressie blijkt dat culturele herkomst nog steeds een significante bijdrage levert in het voorspellen van drop-out. De verschillen in drop-out tussen westerse en niet-westerse individuen kunnen dus niet volledig worden verklaard door het opleidingsniveau. Opleidingsniveau blijkt naast culturele herkomst ook een significante voorspeller van drop-out te zijn. Individuen met een laag opleidingsniveau hebben een grotere kans op drop-out dan individuen met een hoog opleidingsniveau. Middelhoog opgeleide individuen hebben geen significant grotere kans op drop-out in vergelijking met hoog opgeleide individuen. Ook is er een interactie-effect voor culturele herkomst en een laag opleidingsniveau (zie Tabel 2.2). Met name in de westerse groep lijkt een laag opleidingsniveau van invloed te zijn op drop-out. In de westerse groep lijkt een laag opleidingsniveau een grotere rol te spelen bij drop-out dan in de niet-westerse groep (zie Tabel 2.3).

Tabel 2.1. Logistische regressie met drop-out als afhankelijke variabele en culturele herkomst als onafhankelijke variabele.

	B (SE)	95% CI for Odds Ratio		
		Lower	Odds Ratio	Upper
Constate	-1.73 (.23)*			
Culturele herkomst	1.08 (.41)*	1.31	2.93	6.58

Noot: $R^2 = .04$ (Hosmer & Lemeshow), $.03$ (Cox & Snell), $.06$ (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 6.44$, $p < .05$. * $p < .01$.

Tabel 2.2. Logistische regressie met drop-out als afhankelijke variabele en culturele herkomst en opleidingsniveau als onafhankelijke variabelen.

	B (SE)	95% CI for Odds Ratio		
		Lower	Odds Ratio	Upper
Constate	-3.11 (.72)**			
Culturele herkomst	2.6 (1.03)*	1.8	13.5	101.13
Opleidingsniveau (laag)	2.18 (.81)*	1.82	8.84	42.86
Opleidingsniveau (middelhoog)	1.38 (.81)	.82	3.97	19.35
Culturele herkomst (niet-westers) *opleidingsniveau (laag)	-2.52 (1.19)*	.01	12.35 ⁻¹	.84
Culturele herkomst (niet-westers) *opleidingsniveau (middelhoog)	-1.27 (1.26)	.02	3.57 ⁻¹	3.35

Noot: $R^2 = .09$ (Hosmer & Lemeshow), $.09$ (Cox & Snell), $.14$ (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 16.9$, $p < .01$. * $p < .05$, ** $p < .001$.

Tabel 2.3. Drop-out per opleidingsniveau onder westerse en niet-westerse cliënten.

	Westers	Niet-westers
Laag	11 (7.5%)	6 (15%)
Middelhoog	9 (6.2%)	4 (10%)
Hoog	2 (1.4%)	3 (7.5%)
Totaal	22 (15.1%)	13 (32.5%)

Verschil in effectiviteit van cognitieve gedragstherapie tussen westerse individuen en niet-westerse individuen

Intention-to-treat analyse voormeting

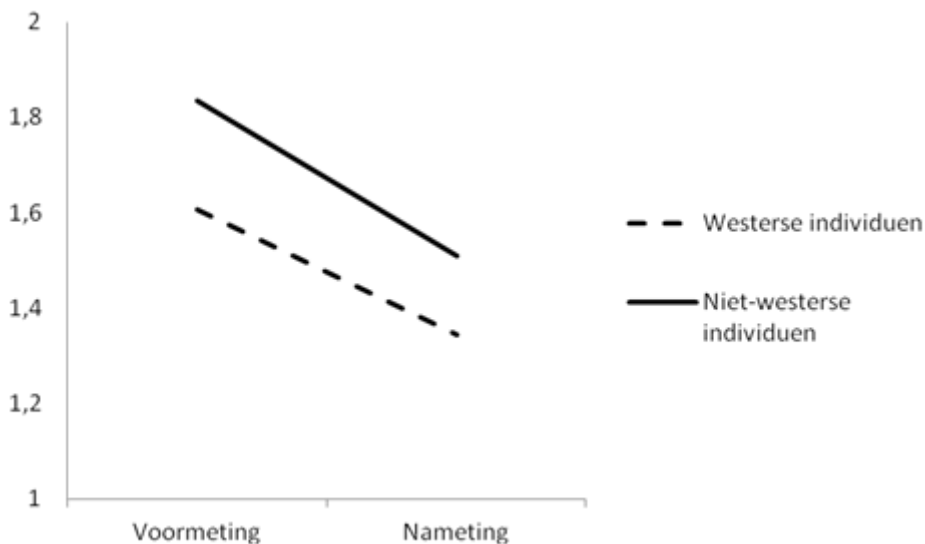
De scores van westerse en niet-westerse individuen op de voormeting verschillen significant, zowel op de OQ-45 ($t(184) = -2.57$, $p = .011$) als op de BSI ($t(184) = -3.84$, $p < .001$). De niet-westerse groep (gemiddelde OQ-score = 1.84, SD = 0.52; gemiddelde BSI-score = 1.57, SD = .76) scoort gemiddeld hoger dan de westerse groep (gemiddelde OQ-score = 1.61, SD = .49; gemiddelde BSI-score = 1.12, SD = .64) op de voormeting.

Intention-to-treat analyse van effecten op de OQ

Er is een significant hoofdeffect van tijd ($F(1, 183) = 64.45$, $p < .001$). De score op de OQ-45 daalt significant van de voormeting (OQ = 1.66, SD = .51) naar de nameting (OQ = 1.38, SD = .51). Bij alle hoofd- en interactie-effecten zal steeds de effectgrootte worden gegeven. Voor het hoofdeffect van tijd geldt een effectgrootte van $r = .51$. Ook is er een significant hoofdeffect van culturele herkomst ($F(1,$

183) = 5.78, $p = .017$, $r = .17$). De gemiddelde scores van de voor- en nameting zijn significant hoger voor niet-westerse individuen (gemiddelde = 1.67, SD = .07) dan voor westerse individuen (gemiddelde = 1.47, SD=.04). Er is geen interactie-effect tussen tijd en culturele herkomst ($F(1, 183) = .72$, $p = .4$, $r = .006$), wat erop duidt dat de daling voor beide groepen even groot is (zie Figuur 2.1). Op de nameting zijn er geen significante verschillen tussen de westerse en niet-westerse individuen ($t(184) = -1.81$, $p = .07$), terwijl de niet-westerse individuen voorafgaand aan de behandeling significant hoger scoorden op de OQ-45. Alhoewel de groepen niet meer significant verschillen op de nameting is de daling in het klachtenniveau even groot.

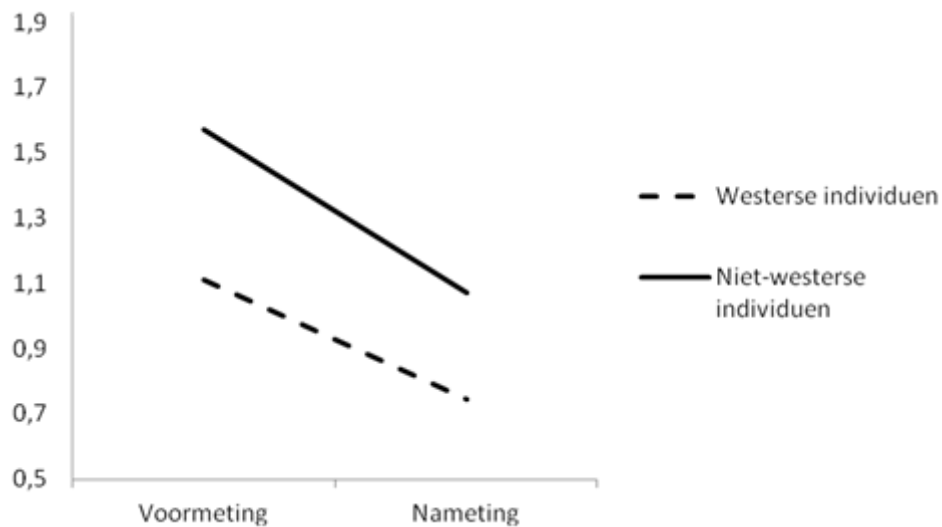
Figuur 2.1. Gemiddelde OQ-scores voor westerse en niet-westerse individuen van de voormeting naar de nameting.



Intention-to-treat analyse van de BSI

Ook op de BSI is er een hoofdeffect van tijd ($F(1, 183) = 87.02$, $p < .001$, $r = .57$). De score op de BSI daalt significant van de voormeting (BSIT1 = 1.21, SD=.69) naar de nameting (BSIT2 = .82, SD=.66). Daarnaast is er een hoofdeffect van culturele herkomst ($F(1, 183) = 13.2$, $p < .001$, $r = .26$). De gemiddelde scores van de voor- en nameting zijn significant hoger voor niet-westerse individuen (gemiddelde = 1.32, SD=.1) dan voor westerse individuen (gemiddelde = .93, SD=.05). Opnieuw is er geen interactie-effect tussen tijd en culturele herkomst ($F(1, 183) = 2.08$, $p = .151$, $r = .10$), wat betekent dat de daling in klachtenniveau even groot is voor beide groepen (zie Figuur 2.2). Op de nameting verschillen de groepen net als op de voormeting significant van elkaar ($t(184) = -2.77$, $p = .006$). Niet-westerse individuen starten en eindigen met een hoger klachtenniveau dan westerse individuen. De daling in klachten is gelijk.

Figuur 2.2. Gemiddelde BSI-scores voor westerse en niet-westerse individuen van de voormeting naar de nameting.



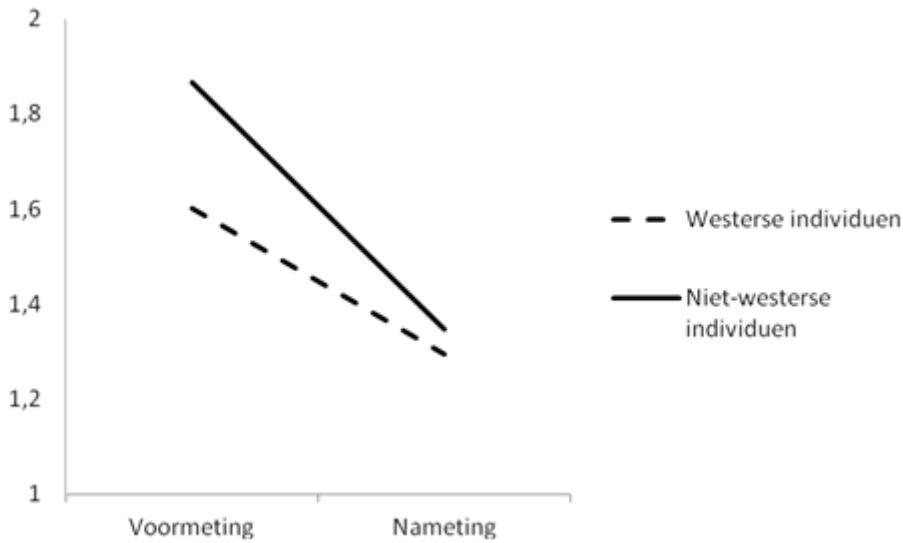
Completers analyse voormeting

Op de voormeting verschillen de westerse en de niet-westerse groep significant van elkaar, op zowel de OQ-45 ($t(147) = -2.36, p = .02$) als op de BSI ($t(147) = -3.21, p < .001$). De niet-westerse groep scoort hoger (gemiddelde OQ-score = 1.87, SD = .54; gemiddelde BSI-score = 1.56, SD = .7) dan de westerse groep (gemiddelde OQ-score = 1.6, SD = .51; gemiddelde BSI-score = 1.01, SD = .64).

Completers analyse van de effecten op de OQ-45

Uit de analyse van de OQ-45 blijkt dat er een hoofdeffect voor tijd is ($F(1, 147) = 78.91, p < .001, r = .59$). De scores op de OQ-45 nemen significant af van de voormeting (OQ = 1.65, SD = .52) naar de nameting (OQ = 1.30, SD = .50). Er is geen hoofdeffect voor culturele herkomst ($F(1, 147) = 2.47, p = .12, r = .13$). De gemiddelden verschillen niet significant tussen de groepen (gemiddelde voor de westerse groep = 1.45, SD = .04, gemiddelde voor de niet-westerse groep = 1.61, SD = .09). Er is wel een interactie-effect voor tijd en culturele herkomst ($F(1, 147) = 5.22, p = .02, r = .19$). De niet-westerse groep start met een hogere score op de voormeting, maar maakt een grotere vooruitgang door dan de westerse groep (zie Figuur 2.3). Ondanks dat er op de voormeting significante verschillen bestonden tussen de groepen verschillen deze tijdens de nameting niet meer significant van elkaar ($t(147) = -.47, p = .64$).

Figuur 2.3. Gemiddelde OQ-scores voor westerse en niet-westerse individuen van de voormeting naar de nameting.

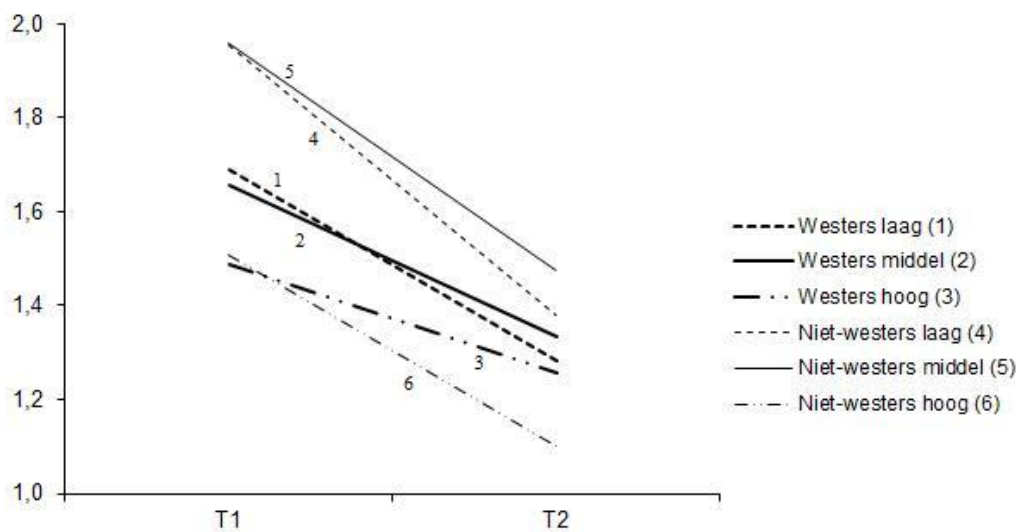


Om te controleren voor regressie naar het gemiddelde is een ANCOVA uitgevoerd met de voormeting als covariaat, culturele herkomst als factor en de nameting als afhankelijke variabele. Uit de analyse blijkt dat de covariaat significant gerelateerd is aan de nameting ($F(1, 146) = 104.74, p < .001$), wat betekent dat verschillen op de nameting deels verklaard worden door verschillen op de voormeting. Daarnaast blijkt dat er geen significante verschillen op de nameting bestaan tussen westerse en niet-westerse individuen na controle voor de voormeting ($F(1, 146) = 1.82, p = .18$). Na controle voor de voormeting scoren de beide groepen alsnog even goed op de nameting.

Vervolgens is de variabele opleidingsniveau als extra factor toegevoegd aan de ANOVA met tijd en culturele herkomst als onafhankelijke variabelen, waardoor er een $2 \times 2 \times 3$ ANOVA ontstaat. Het hoofdeffect van tijd blijft bestaan ($F(1, 143) = 63.04, p = .00, r = .55$). Het hoofdeffect van culturele herkomst is niet significant ($F(1, 143) = 1.04, p = .31, r = .08$). Er bestaat geen significant hoofdeffect van opleiding ($F(2, 143) = 2.09, p = .13, r = .12$). Het interactie-effect tussen tijd en culturele herkomst is niet langer significant ($F(1, 143) = 2.77, p = .1, r = .14$). Dit is mogelijk het gevolg van de samenhang tussen de hoogte van de scores op de voormeting en het opleidingsniveau. De score op de voormeting is hoger voor laag en middelhoog opgeleide individuen dan voor hoog opgeleide individuen van zowel westerse als niet-westerse afkomst. Westerse individuen zijn relatief hoog opgeleid en niet-westerse individuen relatief laag opgeleid, waardoor de hogere scores op de voormeting in de niet-westerse groep te wijten lijken te zijn aan het lagere opleidingsniveau. Wanneer de voormeting gelijk wordt getrokken voor de beide groepen door toevoeging van opleiding, verdwijnt het interactie-effect en gaan beide groepen evenveel vooruit. Er bestaat evenmin een interactie-effect tussen opleidingsniveau en tijd ($F(2, 143) = 1.07, p = .35, r = .09$). De daling in klachten is dus gelijk

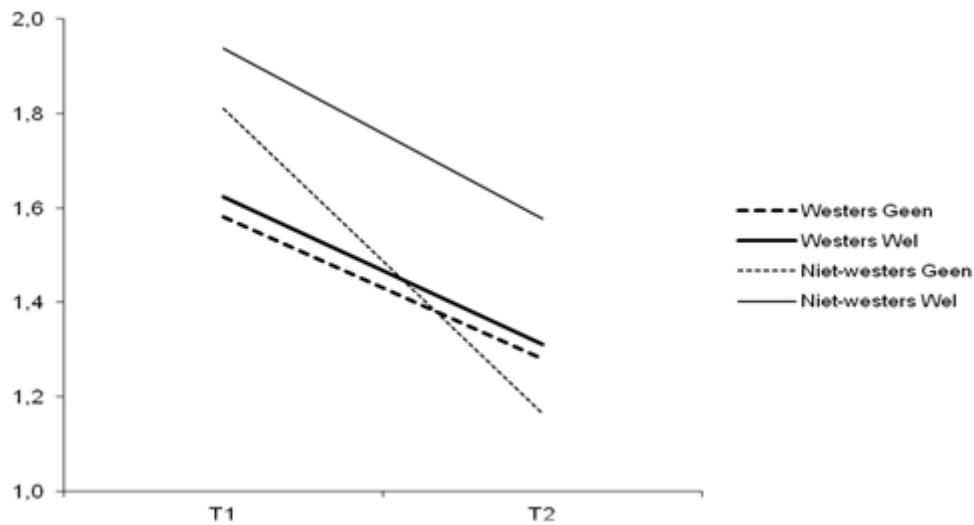
voor individuen met een laag, middelhoog en hoog opleidingsniveau. Er bestaat ook geen interactie-effect tussen tijd, culturele herkomst en opleidingsniveau ($F(2, 143) = .001, p = .999, r = .003$). Inspectie van de plots doet vermoeden dat er wel een diepere daling in klachten plaats vindt bij de niet-westers hoog opgeleide individuen dan bij de westerse hoog opgeleide individuen (zie Figuur 2.4). Dit effect is echter niet sterk genoeg om significantie te bereiken. Waarschijnlijk komt dit doordat het aantal niet-westerse individuen per opleidingsniveau erg klein is (laag: $n = 20$, middelhoog: $n = 10$, hoog: $n = 8$).

Figuur 2.4. *Geschatte marginale gemiddelde OQ-scores voor westerse en niet-westerse individuen van de voormeting naar de nameting per opleidingsniveau (laag, middelhoog en hoog).*



Ook is de variabele medicatiegebruik toegevoegd als factor aan de analyse. Het hoofdeffect van tijd blijft bestaan ($F(1, 145) = 75.19, p < .001, r = .58$). Het hoofdeffect van culturele herkomst is niet langer significant ($F(1, 145) = 1.25, p = .09, r = .14$). Tevens is er geen significant hoofdeffect van medicatiegebruik ($F(1, 145) = 2.31, p = .13, r = .13$). Het interactie-effect tussen tijd en culturele herkomst blijft significant ($F(1, 145) = 4.38, p = .04, r = .17$). Het interactie-effect tussen medicatiegebruik en tijd is niet significant gebleken ($F(1, 145) = 2.17, p = .14, r = .12$), wat betekent dat over het algemeen individuen die wel medicatie gebruiken geen grotere vooruitgang in klachtniveau doormaken dan individuen die geen medicatie gebruiken. Op het eerste oog lijkt medicatiegebruik niet van invloed te zijn op de daling in het klachtniveau bij de westerse individuen. Daarnaast lijken binnen de niet-westerse groep individuen die geen medicatie gebruiken een diepere daling in klachten door te maken dan individuen die wel medicatie gebruiken. De niet-westerse individuen die geen medicatie gebruiken lijken ook meer profijt van de behandeling te hebben dan westerse individuen die wel of geen medicatie gebruiken (zie Figuur 2.5). Het interactie-effect tussen tijd, culturele herkomst en medicatiegebruik is echter niet significant ($F(1, 145) = 2.54, p = .11, r = .13$).

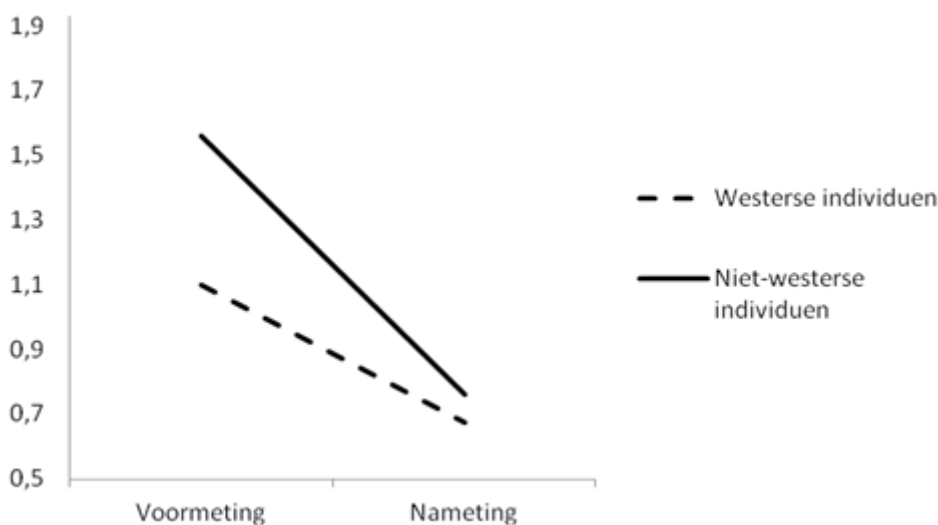
Figuur 2.5. Geschatte marginale gemiddelde OQ-scores van de voormeting naar de nameting voor westerse en niet-westerse individuen die wel en geen medicatie gebruiken.



Completers analyse voor de effecten op de BSI

Uit de analyse van de BSI blijkt dat er voor zowel tijd ($F(1, 147) = 114.83, p < .001, r = .66$) als culturele herkomst ($F(1,147) = 5.15, p = .03, r = .18$) een hoofdeffect is. De scores op de BSI nemen significant af van de voormeting (BSI = 1.18, SD = .67) naar de nameting (BSI = .69, SD = .56) voor beide groepen. Daarnaast verschillen de gemiddelden significant tussen de groepen (gemiddelde westers = .89, SD = .05, gemiddelde niet-westers = 1.16, SD = .11). Ook is er een interactie-effect tussen tijd en culturele herkomst op de BSI ($F(1, 147) = 10.52, p < .001, r = .26$). De niet-westerse groep heeft een hogere score op de voormeting, maar gaat wel meer vooruit dan de westerse groep (zie Figuur 2.6). Op de nameting verschillen de groepen niet meer significant van elkaar ($t(29.028) = -.57, p = .57$), terwijl er wel een significant verschil bestond op de voormeting.

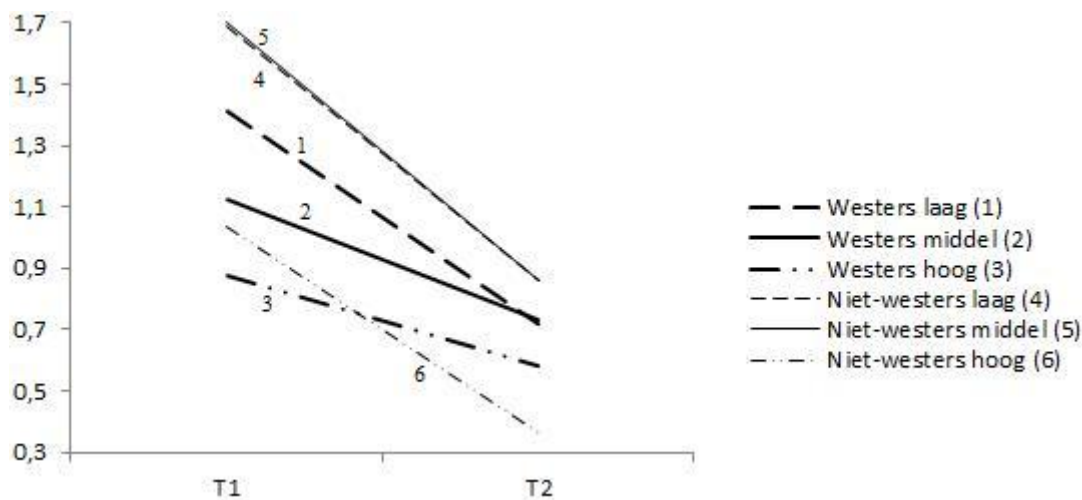
Figuur 2.6. Gemiddelde BSI-scores voor westerse en niet-westerse individuen van de voormeting naar de nameting.



Om te controleren voor regressie naar het gemiddelde is een ANCOVA uitgevoerd met de voormeting als covariaat, culturele herkomst als factor en de nameting als afhankelijke variabele. Uit de analyse blijkt dat de covariaat significant gerelateerd is aan de nameting ($F(1, 146) = 101.93, p < .001$), wat betekent dat verschillen op de nameting deels verklaard worden door verschillen op de voormeting. Daarnaast blijkt dat er geen significante verschillen op de nameting bestaan tussen westerse en niet-westerse individuen na controle voor de voormeting ($F(1, 146) = 2.83, p = .09$). De westerse en niet-westerse groep scoren na controle voor de voormeting alsnog even goed op de nameting.

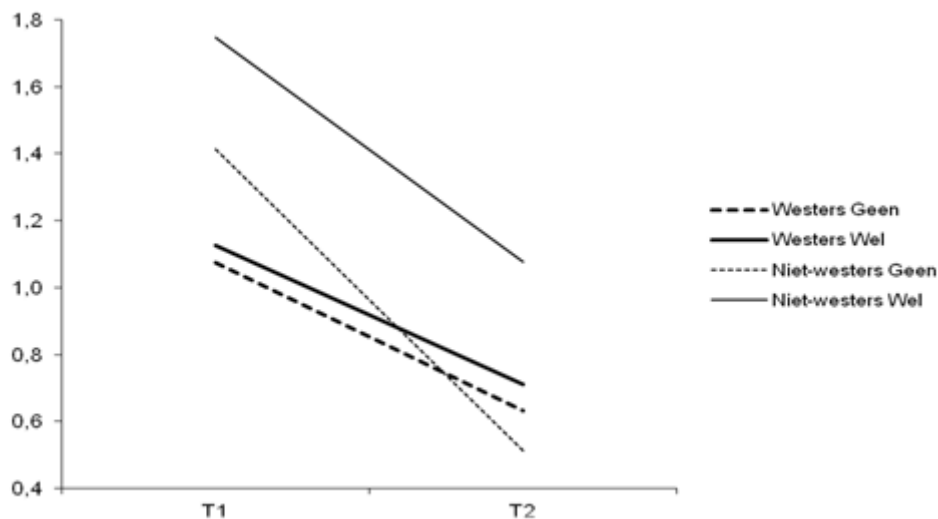
Vervolgens is de variabele opleidingsniveau als extra factor toegevoegd aan de ANOVA met tijd en culturele herkomst als onafhankelijke variabelen, waardoor er een $2 \times 2 \times 3$ ANOVA ontstaat. Het hoofdeffect van tijd blijft bestaan ($F(1, 143) = 103.97, p < .001, r = .65$). Het hoofdeffect van culturele herkomst is niet langer significant ($F(1, 143) = 1.91, p = .17, r = .11$). Er bestaat wel een significant hoofdeffect van opleiding ($F(2, 143) = 4.51, p = .01, r = .17$). Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe lager het klachtenniveau blijkt te zijn. Het interactie-effect tussen tijd en culturele herkomst blijft significant ($F(1, 143) = 6.78, p = .01, r = .21$). Er bestaat geen interactie-effect tussen opleidingsniveau en tijd ($F(2, 143) = 1.83, p = .16, r = .11$). Dit betekent dat opleidingsniveau op zich geen invloed heeft op de vooruitgang in BSI-scores. Inspectie van de plots doet vermoeden dat de niet-westerse individuen met een middelhoog en hoog opleidingsniveau een diepere daling in klachtenniveau door maken dan westerse individuen met respectievelijk een middelhoog en hoog opleidingsniveau (zie Figuur 2.7). Er bestaat echter geen significant interactie-effect tussen tijd, culturele herkomst en opleidingsniveau ($F(2, 143) = .79, p = .45, r = .07$).

Figuur 2.7. Geschatte marginale gemiddelde BSI-scores voor westerse en niet-westerse individuen van de voormeting naar de nameting per opleidingsniveau (laag, middelhoog en hoog).



Ook is de variabele medicatiegebruik toegevoegd als factor aan de analyse. Het hoofdeffect van tijd blijft significant ($F(1, 145) = 110.36, p < .001, r = .66$). Het hoofdeffect van culturele herkomst is significant ($F(1, 145) = 6.24, p = .01, r = .2$). Daarnaast bestaat er een hoofdeffect van medicatiegebruik ($F(1, 145) = 4.55, p = .04, r = .17$). Het interactie-effect tussen tijd en culturele herkomst blijft significant ($F(1, 145) = 9.58, p < .001, r = .25$). Er bestaat geen significant interactie-effect tussen medicatiegebruik en tijd ($F(1, 145) = .79, p = .38, r = .09$), wat betekent dat enkel medicatiegebruik niet van invloed is op de vooruitgang in klachten. Op het eerste oog lijkt medicatiegebruik niet van invloed te zijn op de vooruitgang in klachten bij westerse individuen. Niet-westerse individuen die geen medicatie gebruiken lijken echter een grotere daling in klachten door te maken dan de niet-westerse individuen die wel medicatie gebruiken en de westerse individuen (zie Figuur 2.8). Er bestaat echter geen significant interactie-effect tussen tijd, culturele herkomst en medicatiegebruik ($F(1, 145) = .79, p = .38, r = .07$).

Figuur 2.8. *Geschatte marginale gemiddelde BSI-scores van de voormeting naar de nameting voor westerse en niet-westerse individuen die wel en geen medicatie gebruiken.*



Discussie

Drop-out

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat drop-out meer voorkomt bij niet-westerse cliënten met angststoornissen dan bij westerse cliënten met angststoornissen. Deze bevinding is in overeenstemming met eerder onderzoek naar drop-out bij niet-westerse en westerse cliënten (Braam et al., in Struijs & Wennink, 2000; Wang, 2007; Lester et al., 2010). Een mogelijke verklaring is het gemiddeld lagere opleidingsniveau bij niet-westerse cliënten in het huidige onderzoek. In verscheidene onderzoeken wordt een laag opleidingsniveau als één van de risicofactoren voor drop-out aangeduid (Cornelissen, Poppe & Ouwens, 2010; Fenger, Mortensen, Poulsen & Lau, 2011).

Om te onderzoeken of met name het opleidingsniveau het hogere drop-outpercentage bij niet-westerse cliënten verklaard, is er in het huidige onderzoek gecontroleerd voor de effecten van opleiding in het al dan niet voortijdig beëindigen van de behandeling. Culturele herkomst blijft een belangrijke rol spelen in het verklaren van drop-out, wat in overeenstemming is met onderzoek van Lester et al. (2010), maar ook opleidingsniveau blijkt een belangrijke voorspeller van drop-out te zijn. Individuen met een laag opleidingsniveau hebben een groter risico op drop-out dan individuen met een hoog opleidingsniveau. Mogelijk kunnen cliënten met een lager opleidingsniveau minder goed met tegenslagen binnen de behandeling omgaan (Cornelissen et al., 2010), waarbij verminderde impulsbeheersing en beperkte frustratietolerantie achterliggende factoren kunnen zijn (Bados et al., 2007). Met name in de westerse groep speelt opleidingsniveau een grote rol bij drop-out. Misschien komt dit doordat bij niet-westerse cliënten andere factoren een grotere invloed op drop-out hebben, zoals onjuiste verwachtingen over de psychotherapie (Broers & Eland, in Hilderink et al., 2009) en communicatieproblemen (Struijs & Wennink, 2000). Al met al kan gesteld worden dat het opleidingsniveau slechts voor een deel het verschil in drop-out verklaart.

Mogelijk wordt het hogere drop-outpercentage bij niet-westerse cliënten ook deels verklaard doordat deze individuen vaker meerdere maatschappelijke problemen ervaren dan westerse cliënten (Hilderink et al., 2009). Praktische problemen blijken een rol te spelen in het voortijdig beëindigen van de behandeling (Bados et al., 2007; Edlund et al., 2002). Het zou kunnen dat de behandeling wegens meervoudige problematiek als te zwaar wordt ervaren of dat financiële overwegingen een rol spelen bij drop-out.

In eerder onderzoek worden cliëntgebonden factoren, zoals ontevredenheid over de behandeling en het verdwijnen van de behoefte aan hulp, vaak genoemd als redenen voor drop-out (Korrelboom et al., in Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Deze cliëntgebonden factoren zijn echter veelal globaal geformuleerd, waardoor het alsnog niet precies duidelijk is wat cliënten er toe beweegt voortijdig met een behandeling te stoppen. Ook in het huidige onderzoek is vaak onduidelijk waarom cliënten stopten met de behandeling. Het is van belang om bij vervolgonderzoek meer informatie te verzamelen over de redenen van participanten voor het voortijdig afbreken van de behandeling

(Hilderink et al., 2009). Zo kunnen specifieke risicofactoren voor drop-out geïdentificeerd worden en maatregelen ontwikkeld worden ter preventie van drop-out onder niet-westerse cliënten (Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Waardevolle informatie over het voortijdig beëindigen van de behandeling kan onder andere verworven worden door aandacht te besteden aan de tevredenheid over de behandeling en zorgbehoeften van de cliënten (Struijs & Wennink, 2000).

In het huidige onderzoek is het onderscheid tussen no-show en drop-out onduidelijk. De factoren die bepalend zijn voor het nooit op komen dagen bij een behandeling en het afhaken tijdens de behandeling blijken echter van elkaar te verschillen (Fenger et al., 2011). Bij vervolgonderzoek naar risicofactoren voor drop-out wordt het daarom aanbevolen een duidelijk onderscheid aan te brengen tussen no-show en drop-out.

Uit een onderzoek van Pinto-Meza et al. (2010) blijkt dat de eerste drie bezoeken aan de algemene medische zorg en de psycholoog cruciaal zijn in het besluit over de voortzetting van de behandeling. Mogelijk zouden inspanningen om de drop-out onder de niet-westerse individuen te reduceren dan ook op deze eerste bezoeken gericht moeten zijn. In het huidige onderzoek is niet duidelijk hoeveel therapie sessies de participanten hebben bijgewoond op het moment dat besloten wordt om de behandeling te stoppen. Als dit in vervolgonderzoek wel vastgesteld wordt, kan worden bepaald of er inderdaad een trend bestaat onder de drop-out cliënten om in het begin van de behandeling af te haken. Mocht dit het geval zijn, moeten de cliënten mogelijk in het begin van de behandeling goed gemotiveerd worden om in therapie te blijven.

Effectiviteit van de cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen

Op basis van de berekende effectgroottes kan worden geconcludeerd dat de cognitieve gedragstherapie zeer effectief is voor de gehele steekproef. Aan de hand van de gegevens van zowel participanten die de behandeling hebben afgerond als participanten die tijdens de behandeling zijn afgehaakt, kan geconcludeerd worden dat westerse cliënten en niet-westerse cliënten evenveel baat hebben bij de cognitieve gedragstherapie. Wanneer echter enkel gekeken wordt naar de cliënten die de behandeling afgerond hebben, blijkt cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen effectiever te zijn bij niet-westerse individuen dan bij westerse individuen. De bevindingen zijn in strijd met wat verwacht werd op basis van klinische argumenten (o.a. Hilderink et al., 2009) en onderzoek waarin westerse cliënten na behandeling meer vooruitgang toonden op metingen van fobie (Chambless & Williams, 1995) en een meting van depressieve symptomatologie (Friedman et al., 2006).

Een mogelijke verklaring voor het gevonden verschil in effectiviteit is de hevigere symptomatologie bij niet-westerse individuen voorafgaand aan de behandeling, waardoor er meer ruimte voor verbetering in deze groep is. Ook in andere onderzoeken (Chambless & Williams, 1995; Itkina et al., 2011) wordt gevonden dat niet-westerse individuen een hoger klachtenniveau hebben bij aanvang van de behandeling. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de pathologie bij deze groep ernstiger is dan bij westerse cliënten. Daarnaast zou het vaker voorkomen van meervoudige

problematiek onder niet-westerse cliënten dan onder westerse cliënten (Hilderink et al., 2009) kunnen leiden tot een hoger klachtenniveau onder niet-westerse individuen voorafgaand aan de behandeling. Ook zouden verschillende antwoordtendenties een verklaring kunnen bieden voor het gevonden verschil in klachtenniveau bij aanvang van de behandeling. Individuen afkomstig uit collectivistische landen blijken bijvoorbeeld vragen sneller -ongeacht de inhoud- instemmend te beantwoorden dan individuen uit individualistische landen (Johnson, Kulesa, Llc, Cho & Shavitt, 2005). Wanneer gecorrigeerd wordt voor het klachtenniveau op de voormeting verdwijnt het verschil in effectiviteit.

Ook is er bij de *completers* analyse gecorrigeerd voor opleidingsniveau en medicatiegebruik. Op de OQ-45 is er geen verschil meer tussen westerse en niet-westerse cliënten in de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie na controle voor opleidingsniveau. Dit komt waarschijnlijk doordat de hoogte van de score op de voormeting samenhangt met het opleidingsniveau. Zowel westerse als niet-westerse cliënten met een laag of middelhoog opleidingsniveau hebben gemiddeld een hogere score op de voormeting dan hoog opgeleide westerse en niet-westerse individuen. Aangezien niet-westerse cliënten relatief vaker laag opgeleid zijn en westerse cliënten relatief hoog opgeleid zijn, verdwijnt het interactie-effect na toevoeging van opleidingsniveau aan de analyse. Wanneer op de BSI gecontroleerd wordt voor opleidingsniveau, blijft het verschil in effectiviteit aanwezig. Bij niet-westerse individuen met een middelhoog en hoog opleidingsniveau lijkt een grotere reductie in het klachtenniveau op te treden dan bij westerse individuen met respectievelijk een middelhoog en hoog opleidingsniveau. Cognitieve gedragstherapie is dus minstens even effectief voor niet-westerse en westerse cliënten wanneer het opleidingsniveau in ogenschouw wordt genomen.

Na het controleren voor medicatiegebruik op de *completers* analyse blijft het verschil in effectiviteit aanwezig, ongeacht of de OQ-45 of de BSI als uitkomstmaat wordt gebruikt. Echter is er in het huidige onderzoek enkel gekeken naar het medicatiegebruik bij aanvang van de behandeling. Het is goed mogelijk dat een aantal cliënten in de loop van de behandeling medicatie voorgeschreven heeft gekregen en hierdoor in werkelijkheid meer cliënten medicatie gebruikten dan in het onderzoek naar voren komt. Ondanks deze kritische kanttekening lijkt het beeld te ontstaan dat medicatiegebruik niet van invloed is op de vermindering van klachten bij westerse individuen. Daarnaast lijkt het zo te zijn dat niet-westerse individuen die geen medicatie gebruiken meer vooruitgang tonen dan zowel de westerse individuen als de niet-westerse individuen die wel medicatie gebruiken. Helaas zegt dit weinig, omdat het zeer goed mogelijk is dat individuen die medicatie gebruiken in één of meerdere opzichten verschillen van individuen die geen medicatie gebruiken. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat niet-westerse individuen die medicatie voorgeschreven kregen in eerste instantie heviger symptomen ervoeren dan niet-westerse individuen die geen medicatie voorgeschreven kregen. Daarnaast is het goed mogelijk dat niet-westerse cliënten die medicatie gebruiken erop vertrouwen dat de medicatie het werk zal doen en als gevolg hiervan weinig inzet gedurende de behandeling vertonen in vergelijking met niet-westerse cliënten die geen medicatie gebruiken. Dit zal in de toekomst nader onderzocht kunnen worden.

Op basis van het huidige onderzoek kan in het algemeen geconcludeerd worden dat cognitieve gedragstherapie in elk geval even effectief is in het behandelen van angststoornissen bij niet-westerse cliënten als bij westerse cliënten, waardoor afgevraagd kan worden of het ontwikkelen van cultuursensitieve therapieën nodig is. Steeds meer instellingen houden zich bezig met het ontwikkelen van behandelingsprogramma's specifiek gericht op niet-westerse cliënten, omdat ervan uitgegaan wordt dat niet-westerse cliënten minder baat hebben bij cognitieve gedragstherapie dan westerse cliënten (Hilderink et al., 2009). Deze aanname blijkt onterecht te zijn. Daar komt bij dat er veel tijd en geld in de ontwikkeling van cultuurspecifieke programma's wordt geïnvesteerd, terwijl het onduidelijk is of deze aanpak effectief is (Hilderink et al., 2009). Aanbevolen wordt dan ook om niet langer onderzoek uit te voeren naar cultuursensitieve therapieën en hooguit de aandacht te richten op de ontwikkeling van cultuurspecifieke methoden ter preventie van drop-out.

Een belangrijke beperking van het onderzoek is dat er te weinig participanten in de niet-westerse groep hebben deelgenomen aan de follow-up meting om uitspraken te kunnen doen over de lange termijn effecten van de therapie voor deze groep. Vanuit het Altrecht Academisch Angstcentrum worden echter nog steeds follow-up data van cliënten verzameld, waardoor het na verloop van tijd wel mogelijk is de effecten van de cognitieve gedragstherapie op lange termijn te onderzoeken voor zowel westerse als niet-westerse individuen.

Daarnaast zouden ook andere uitkomstmaten gebruikt kunnen worden. De uitkomstmaten die in het huidige onderzoek worden gebruikt, geven met name een indicatie van de mate van psychische klachten en het niveau van maatschappelijk en relationeel functioneren. Er zijn echter verscheidene andere variabelen waarop mogelijk een verbetering of een verslechtering waarneembaar is. Bij vervolgonderzoek kunnen andere variabelen betrokken worden, zodat een breder beeld van de effectiviteit van de cognitieve gedragstherapie ontstaat (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003).

Verder is er in de huidige studie onderzoek verricht naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen in het algemeen. Alle angststoornissen zijn op een hoop gegooid, terwijl het mogelijk is dat cognitieve gedragstherapie voor de ene angststoornis beter werkt dan voor de andere. De groepen waren helaas te klein om per hoofddiagnose te kijken of er significante verschillen waren in de effectiviteit van de therapie, maar wel is het een interessant aandachtspunt voor vervolgonderzoek.

Onderzoek in de toekomst zal zich ook kunnen richten op verschillen in effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen tussen eerste en tweede generatie allochtonen. Aangezien er zich slechts vier tweede generatie niet-westerse individuen in de steekproef bevinden, kan er geen uitspraak worden gedaan over een eventueel verschil in effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor eerste versus tweede generatie niet-westerse allochtonen. Er is echter geen reden om aan te nemen dat de cognitieve gedragstherapie voor de tweede generatie minder effectief zal zijn dan voor de eerste generatie. Er wordt eerder verwacht dat tweede generatie niet-westerse individuen meer baat bij de cognitieve therapie zullen hebben dan eerste generatie individuen. Dit komt onder

andere doordat niet-westerse tweede generatie allochtonen een betere sociaaleconomische positie hebben (CBS, 2000; van Praag, 2006), de Nederlandse taal beter beheersen (Gijsberts & van Praag, in van Praag, 2006) en de normen en waarden die in het vestigingsland heersen meer over nemen dan de eerste generatie niet-westerse allochtonen (Schoorl et al., in CBS, 2000; Rathod & Kingdon, 2009).

Ook zal toekomstig onderzoek kunnen exploreren of er verschillen in effectiviteit van cognitieve gedragstherapie tussen niet-westerse bevolkingsgroepen zijn. In de huidige steekproef waren de subgroepen in de niet-westerse groep te klein om met elkaar vergeleken te worden, maar wel moet in het achterhoofd worden gehouden dat er mogelijk een verschil is in effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen tussen verschillende niet-westerse bevolkingsgroepen. Er zijn veel bevolkingsgroepen in Nederland aanwezig die in allerlei opzichten van elkaar verschillen. Zo zijn er verschillen in sociaaleconomische positie, behoeften ten opzichte van psychotherapie (Knipscheer & Kleber, 2005), opleidingsniveau, en normen en waarden (Gijsberts & Dagevos, 2009). Er wordt echter aan de hand van het huidige onderzoek verwacht dat er geen verschil in effectiviteit tussen niet-westerse bevolkingsgroepen gevonden zal worden. De niet-westerse groep als geheel vertoont namelijk minstens evenveel vooruitgang als de westerse groep. Als één of meerdere niet-westerse subgroepen weinig baat zouden hebben bij de cognitieve gedragstherapie zou de niet-westerse groep als geheel waarschijnlijk minder verbetering in klachteniveau vertonen.

Conclusie

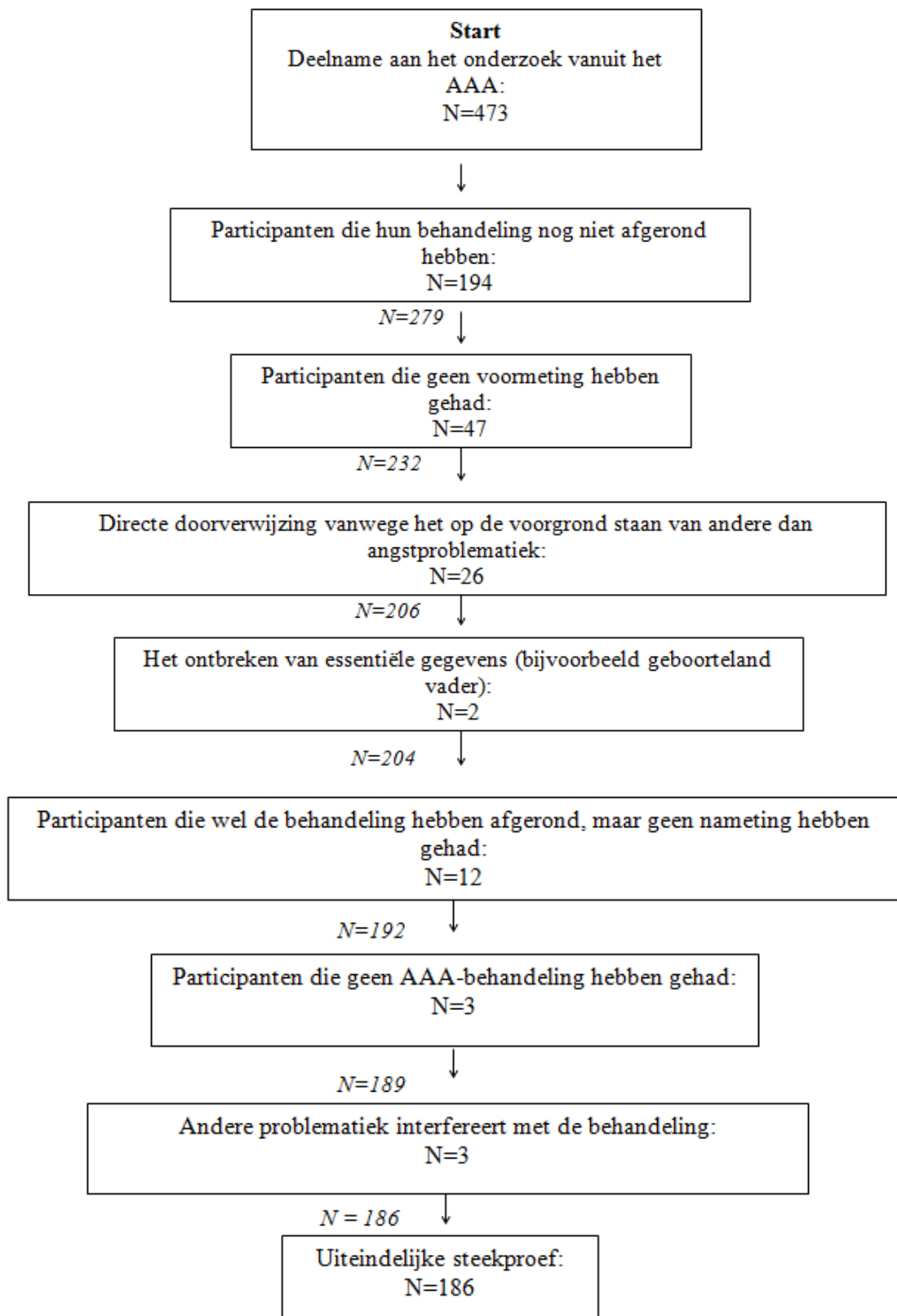
Op het moment wordt er nog te weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verscheidene therapieën voor niet-westerse individuen. Niet-westerse individuen moeten betrokken blijven worden bij effectiviteitsonderzoek, zodat een robuuste empirische basis kan ontstaan voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij deze groep. Op basis van het huidige artikel kan worden gesteld dat cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen minstens even effectief voor westerse en niet-westerse individuen is. De drop-out vormt echter een groter probleem onder de niet-westerse groep, dan onder de westerse groep. De data suggereren dat het ontwikkelen van cultuursensitieve therapieën onnodig is en dat er aandacht besteedt moet worden aan de preventie van drop-out. Het is van belang uit te zoeken wat niet-westerse participanten ertoe beweegt de behandeling voortijdig te beëindigen.

Referentielijst

- Alvidrez, J., Azocar, F., & Miranda, J. (1996). Demystifying the concept of ethnicity for psychotherapy researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 903–908.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J.H.M. (1975). *Klachtenlijst (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 585-592.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beurs, E., de. (2010). Brief Symptom Inventory (BSI): Het aanbevolen instrument voor Routine Outcome Monitoring (ROM) Leiden: PITS Testuitgeverij.
- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Marquenie, L. A., Lange, A. & Blonk, R. W. B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie, 34*, 35-53.
- CBS. (2000). Allochtonen in Nederland. *Centraal Bureau voor de Statistiek, 1-77*.
- CBS. (2010). Allochtonen prognose-intervallen 2011-2060. *Centraal Bureau voor de Statistiek*.
- Chambless, D. L. & Williams, K. E. (1995). A preliminary study of African Americans with agoraphobia: Symptom severity and outcome of treatment with in-vivo exposure. *Behavior Therapy, 26*, 501–515.
- Cornelissen, A. J. T., Poppe, E. & Ouwens, M. (2010). Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 52*, 17-27.
- Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 429-441.
- Edlund, M.J., Wang P. S., Berglund P. A., Katz S.J., Lin, E., & Kessler R. C. (2002) Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry, 159*, 845-851.
- Fenger, M., Mortensen, E.L., Poulsen, S. & Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry, 65*, 183-191.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1999). *Gestructureerd Klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV As I stoornissen*. Assessment and Information B.V. Amsterdam, The Netherlands: Pearson.
- Friedman, S., Braunstein, J. W. & Halpern, B. (2006). Cognitive behavioral treatment of panic disorder and agoraphobia in a multiethnic urban outpatient clinic: Initial presentation and treatment outcome. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 282-292.

- Gijsberts, M. & Dagevos, J. (2009). *Jaarrapport integratie 2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hays, P. A. (2009). Integrating evidence-based practice, cognitive-behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 354-360
- Hilderink, I., van 't Land, H. & Smits, C. (2009). *Tendrapportage GGz: Drop-out onder allochtone GGz-cliënten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Itkina, T., Hout, M. A., van den, Rijkeboer, M. & Cath, D. C. (2011). Effect van cognitieve gedragstherapie bij autochtone en allochtone cliënten met angststoornissen. *GZ-psychologie*, 6.
- Johnson, T., Kulesa, P., Llc, I., Cho, Y. I. & Shavitt, S. (2005). The relation between culture and response styles: evidence from 19 countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 264-277.
- Jong, K. de, Nugter, M. A., Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (2009). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Jong, K. de, Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenborg, J.E.A., Spinhoven, P., & Heiser, W.J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 288-301.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de GGz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753-759.
- Lester, K., Resick, P. A., Young-Xu, Y. & Artz, C. (2010). Impact of race on early treatment termination and outcomes in a posttraumatic stress disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 480-489.
- Pinto-Meza, A., Fernández, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., Graaf, R. et al. (2011). Dropping out of mental health treatment among inpatients with depression and anxiety by type of provider: results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 273-280.
- Praag, C, van. (2006). *Marokkanen in Nederland: Een Profiel*. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 1-91.
- Rachman, S. (2009). Psychological treatment of anxiety: The evolution of behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 97-119
- Rathod, S. & Kingdon, D. (2009). Cognitive Behaviour Therapy Across Cultures. *Journal of Psychiatry*, 8, 370-371.
- Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606.

- Struijs, A. J., & Wennink, H. J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Veeninga, A.T. & Hafkenscheid, A. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 187-195.
- Voss Horrell, S. C. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with adult ethnic minority clients: A review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 160-168.
- Wang, J. (2007). Mental Health Treatment dropout and it's correlates in a general population sample. *Medical Care*, 45, 224-229.

Bijlage 1. Stroomdiagram.

Intention to treat analyse

Alle
participanten:
N=186

Completers analyse

Alle
participanten:
N=186



Verwijderen van participanten die tijdens de behandeling zijn afgehaakt
(drop-out):
N=37

N=149



Uiteindelijk aantal
participanten:
N = 149

Bijlage 2. *Specifieke informatie met betrekking tot de hoofddiagnoses en comorbiditeit bij westerse en niet-westerse individuen.*

Tabel. *Hoofddiagnoses uitgesplitst voor westerse en niet-westerse individuen.*

	Westerse individuen	Niet-westerse individuen
GAS	17 (11.6%)	3 (7.5%)
Hypochondrie	6 (4.1%)	3 (7.5%)
OCS	30 (20.5%)	1 (2.5%)
PS met agorafobie	37 (25.3%)	14 (35%)
PS zonder agorafobie	8 (5.5%)	-
PTSS	9 (6.2%)	15 (37.5%)
Sociale fobie	31 (21.2%)	3 (7.5%)
Specifieke fobie	4 (2.7%)	-
NAO	2 (1.4%)	1 (2.5%)
GTS	1 (0.7%)	-

Tabel. *Frequenties en percentages van comorbide stoornissen uitgesplitst voor westerse en niet-westerse individuen*

	Westerse individuen	Niet-westerse individuen
GAS	21 (19.3%)	2 (6.1%)
Hypochondrie	8 (7.3%)	2 (6.1%)
OCS	8 (7.3%)	2 (6.1%)
PS met agorafobie	10 (9.2%)	1 (3.0%)
PS zonder agorafobie	5 (4/6%)	2 (6.1%)
PTSS	3 (2.8%)	2 (6.1%)
Sociale fobie	23 (21.1%)	10 (30.3%)
Specifieke fobie	22 (20.2%)	6 (18.2%)
Huidige depressieve episode	13 (11.9%)	11 (33.3%)
Depressie in verleden	34 (31.2%)	7 (21.2%)
Depressie in remissie	10 (9.2%)	4 (12.1%)
Depressie recidiverend	17 (15.6%)	5 (15.2%)
Bipolaire stoornis	1 (.9%)	-
Dysthyme stoornis	31 (28.4%)	9 (27.3%)
Psychotisch NAO	1 (.9%)	1 (3.0%)
Middel/alcoholproblematiek	2 (1.8%)	-
Anorexia nervosa	1 (.9%)	-
Vreetbuienstoornis	1 (.9%)	-
Trichotillomanie	3 (2.8%)	-
Gilles de la Tourette	1 (.9%)	-
Migraine	2 (1.8%)	-
ADHD	1 (.9%)	-
Pijnstoornis	-	2 (6.1%)
Explosieve stoornis	-	1 (3.0%)