

Verschillen in effectiviteit van CGT bij angststoornissen tussen westerse en niet-westerse individuen

04 april 2012

Merel Kamps

Marcel van den Hout (begeleider)

Henriëtta Dijkstra

Marleen Rijkeboer (2^e begeleider)

Een groot aantal cliënten binnen de GGZ is van niet-westerse afkomst. Om de behandeling af te stemmen op de wensen en behoefte van deze individuen is een aantal voorstellen voor cultuur sensitieve therapieën gedaan. Er bestaat echter geen bewijs dat standaard cognitieve gedragstherapie niet werkzaam is voor niet-westerse individuen. Het doel van het huidige onderzoek is de effectiviteit van standaard cognitieve gedragstherapie in de behandeling van angststoornissen bij niet-westerse individuen ten opzichte van westerse individuen in kaart te brengen. Aan het onderzoek hebben 40 niet-westerse en 146 westerse individuen deelgenomen die bij het Academisch Angstcentrum Altrecht in behandeling waren voor een angststoornis. Alle deelnemers vulden voorafgaand en na de behandeling een aantal vragenlijsten in. In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de algemene vragenlijsten OQ-45 en BSI. Er zijn zowel een Intention To Treat analyse als een Completers analyse uitgevoerd. Uit het onderzoek bleek dat niet-westerse allochtonen met een hoger klachtenniveau starten, maar dat de behandeling minstens even effectief is voor niet-westerse individuen als voor westerse individuen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er geen noodzaak bestaat tot het ontwikkelen van cultuur sensitieve therapieën. Er is echter wel gebleken dat er een hogere mate van drop-out bestaat onder niet-westerse individuen. Mogelijk bestaat er een relatie tussen het voldoen aan de verwachtingen van de cliënt en de mate van drop-out. Er wordt dan ook aanbevolen om voorafgaand aan de behandeling betere voorlichting te geven over wat de client kan verwachten van de behandeling.

Trefwoorden: autochtonen, allochtonen, etnische minderheden, cultuur sensitieve therapie, cognitieve gedragstherapie, effectiviteit, angststoornissen

Inleiding

Een van de belangrijkste prestaties van het afgelopen decennium binnen de klinische psychologie, is de ontwikkeling van bewezen werkzame psychologische methoden in de behandeling van angststoornissen (Rachman, 2008). Cognitieve Gedragstherapie (CGT) wordt

het meest gebruikt bij de behandeling van angststoornissen en de werkzaamheid is bewezen in zowel laboratorium studies als in de klinische praktijk (Stewart & Chambless, 2009). CGT is effectief gebleken in de behandeling van alle angststoornissen uit de DSM-IV, hoewel de resultaten voor gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en post traumatische stress stoornis (PTSS) iets beter blijken te zijn dan voor sociale fobie (Norton & Price, 2007).

De steekproeven van dergelijke effectiviteitstudies bestaan echter voornamelijk uit blanke Europese en Amerikaanse personen (Alvidrez, Azocar & Miranda, 1996). Volgens het *National Institute of Health (NIH)* moeten in al het onderzoek waar de NIH aan bijdraagt etnische minderheden worden opgenomen (NIH, 2001 geciteerd in: Voss Horrell 2008). Zelfs wanneer aan deze richtlijn wordt voldaan en de steekproeven uit een gemengde etnische groep bestaan, wordt dit vaak niet gerapporteerd en wordt er niet gekeken naar verschillen in uitkomsten tussen de etnische groepen (Wearsing & Weisz, 2002). Hierdoor is het onduidelijk of CGT wel net zo effectief is voor minderheden uit niet westerse culturen als voor westerse individuen. Dit is een belangrijk vraagstuk, aangezien ruim 15% van de cliënten binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van niet-westerse afkomst is. In de Randstad kan dit percentage oplopen tot gemiddeld 40% (Knipscheer & Kleber, 2005a). Binnen de psychologie is er een aantal culturele modificaties ontwikkeld, die de behandeling van niet-westerse individuen zou bevorderen. Dit impliceert dat standaard CGT minder effectief is voor niet-westerse dan voor westerse individuen.

Het gebruik van standaard CGT zou beperkingen met zich meebrengen in de toepassing bij niet-westerse individuen, omdat de therapie historisch gezien ontwikkeld is voor de hoge- en middenklasse blanke Europeaan en Amerikaan (Hall, 2001). Individuen uit andere culturen hebben mogelijk waarden en overtuigingen die verschillen van die binnen de westerse cultuur. Cultuur is een definiërende eigenschap van de mens en is geassocieerd met de ontwikkeling van taal, sociale systemen, religieuze overtuigingen en een gevoel van zelf. Het is zelfs zo dat mensen die in een andere cultuur zijn opgegroeid, niet alleen over andere dingen denken, maar ook anders denken (Hofmann, 2006). Cultuur zou daarom een belangrijke rol kunnen spelen in het vormen van automatische gedachten, onderliggende aannames en schema's, waarmee gewerkt wordt in CGT (Padesky & Greenberger, geciteerd in Jackson, Schmutzer, Wenzel & Tyler, 2006).

Hoewel CGT gepresenteerd wordt als een waardevrije behandeling kunnen therapeuten nooit volledig waardevrij zijn (Hays, 1995). Vaak worden de waarden binnen de dominante sociale groep voor universeel aangenomen, terwijl de waarden van de gemarginaliseerde groep niet bekend zijn of actief worden onderdrukt. Meest aanwezig is de bias richting het individualisme (Carter, 1995; Pederson, 2004; Smith & Draper, geciteerd in Griner & Smith, 2006). Waarden zoals assertiviteit, onafhankelijkheid, verbaliteit en verandering worden hoog gewaardeerd in bijvoorbeeld de Verenigde Staten, maar zijn geen universele

prioriteiten (Hays, 1995; Hays, 2009). Daarnaast is CGT gericht op het hier en nu, waardoor er voorbij kan worden gegaan aan culturele verschillen in opvoeding en ervaringen met discriminatie (Hays, 1995; Hays, 2009). Ook contextuele omstandigheden zoals Sociaal Economische Status (SES), huisvesting- en gemeenschapsumstandigheden, spiritualiteit en kansen voor ontwikkeling worden vaak niet in acht genomen of geminimaliseerd (Smith, geciteerd in Griner & Smith, 2006). Een laatste argument is, dat in CGT de nadruk wordt gelegd op rationeel denken en de wetenschappelijke methode. Dit is een stereotypische Euro-Amerikaanse en masculiene manier van denken die niet voor iedere culturele groep passend is (Hays, 1995; Hays, 2009).

Om dergelijke beperkingen te overkomen zijn er verschillende aanbevelingen gedaan voor cultuur sensitieve therapieën (CST; Hall, 2001; Hays, 2009). In een CST is de behandeling toegespitst op de specifieke culturele context (Hall, 2001). Volgens Hays (2009) is culturele aandacht binnen de psychotherapie een van de meest belangrijke ontwikkelingen binnen de psychologie van het afgelopen decennium, naast vorderingen in onderzoek en behandeling met CGT en het gebruik van op bewijs gebaseerde methoden. Voldoende bewijs dat een bepaalde CST werkzaam is, ontbreekt echter. Griner en Smith (2006) voerden een meta-analyse uit naar de effectiviteit van culturele adaptaties in CGT, waarin 76 studies werden opgenomen. In dit onderzoek werd een redelijk sterk voordeel voor culturele adaptaties gevonden (effectgrootte van $d = .45$). Veel studies hadden echter niet expliciet beschreven wat de culturele adaptatie inhield (Griner & Smith, 2006). Om een op bewijs gebaseerde culturele adaptatie te ontwikkelen is er meer onderzoek nodig, waarin goed wordt bijgehouden welke modificaties men doet (Bernal et al., 2009).

Binnen de psychologie bestaat tevens een stroming die van mening is dat de behandelmethode binnen de CGT wel universeel is en dus toepasbaar op individuen uit een niet-westerse cultuur (Hall, 2001). Volgens deze visie is het dus niet nodig een CST te ontwikkelen met een bewezen werkzaamheid. Maar net zo min als bij CST bestaat er voldoende bewijs dat standaard CGT werkzaam is voor etnische minderheden (Hall, 2001; Knipscheer & Kleber, 2005a; Bernal, Jiménez-Chafey & Domenech Rodríguez, 2009). Zoals eerder genoemd, is er slechts een beperkte deelname van etnische minderheden aan effectiviteitsonderzoek (Voss-Horrel, 2008). Er bestaat een beperkt aantal studies naar verschillen in effectiviteit van CGT bij angststoornissen tussen individuen met een verschillende culturele herkomst.

Zo doen Friedman en collega's reeds enkele jaren onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij etnische minderheden in een natuurlijke setting van een *Multiethnic Urban Outpatient Clinic*, waar veel etnische minderheden en blanken met lage SES worden behandeld. In een onderzoek naar de verschillen in effectiviteit van CGT tussen 36 blanke, 15 Afrikaanse Amerikaanse en 11 Caribisch Amerikaanse cliënten met Obsessief Compulsieve Stoornis, bleken

er voorafgaand en na de behandeling geen significante verschillen te bestaan tussen de groepen in type en ernst van de symptomen (Friedman et al., 2003). Hierbij werden de Afrikaans Amerikaanse en Caribisch Amerikaanse cliënten in dezelfde groep ingedeeld. Ook in een onderzoek met 24 Afrikaans Amerikaanse en 16 blanke cliënten met paniekstoornis, met en zonder agorafobie, werden er zowel voorafgaand als na de behandeling geen verschillen gevonden op maten van angst (Friedman, Braunstein & Halpern, 2006). Ondanks dat deze onderzoekers geen specifiek model van een CST hanteren, wordt er wel aangegeven dat therapeuten die in de kliniek werkzaam zijn veel ervaring hebben met de behandeling van etnische minderheden en zich aanpassen aan de wensen en behoeften van de cliënten (e.g. Friedman, Braunstein & Halpern, 2006). In een recent Nederlands onderzoek werden 46 autochtonen en 19 niet-westerse allochtonen behandeld voor een angststoornis binnen de natuurlijke setting van het Academisch Angstcentrum Altrecht (AAA). Uit het onderzoek werd geconcludeerd dat CGT een even effectieve behandelmethode bleek te zijn voor de twee groepen (Itkina, van den Hout, Rijkeboer & Cath, 2011). Het voordeel van dergelijke onderzoeken binnen de klinische praktijk is dat deze een hoge externe validiteit hebben, wat wil zeggen dat de uitkomsten generaliseerbaar zijn naar de werkelijkheid. De interne validiteit is echter minder goed wegens gebrek aan controle (Chambless & Williams, 1995). Een ander probleem van de bovengenoemde onderzoeken is de kleine steekproef.

Uit een meta-analyse van Voss Horrell (2008), waarin 12 studies werden opgenomen die de effectiviteit van CGT bij etnische minderheden onderzochten, bleek eveneens dat CGT effectief is voor Afrikaans Amerikanen, Aziaten en Spaans/Latijns-Amerikanen met onder andere PTSS, GAS en paniekstoornis. Ook hier ging het echter bij verschillende studies die in de meta-analyse waren opgenomen om onderzoeken met kleine steekproeven die als pilots beschouwd kunnen worden. Dit probleem speelde voornamelijk bij onderzoeken naar PTSS. Daarnaast werden er bij verschillende onderzoeken culturele adaptaties gebruikt zoals tweetalige therapeuten en cultureel relevante visualisaties bij in vitro exposure (Voss Horrell, 2008).

Chambless en Williams (1995) voerden binnen een onderzoekscentrum een goed gecontroleerd onderzoek uit met een hoge interne validiteit naar de verschillen in effectiviteit van CGT bij 57 blanke en 18 Afrikaans Amerikaanse ambulante agorafobische cliënten. Voorafgaand aan de behandeling bleken de Afrikaans Amerikaanse cliënten angstiger en vermijder te zijn. De verschillen werden echter kleiner wanneer er gecontroleerd werd voor SES. Wanneer er gecontroleerd werd voor ernst van de klachten voorafgaand aan de behandeling, bleek dat de ernst van de klachten minder was afgenomen bij de Afrikaans Amerikaanse cliënten dan bij de blanke cliënten. Uit gecontroleerd onderzoek van Zoellner, Feeny, Fitzgibbons en Foa (1999) onder 60 blanke en 35 Afrikaans Amerikaanse vrouwelijke

slachtoffers van seksueel en niet-seksueel geweld met PTSS bleken echter geen verschillen in psychopathologie en algemeen functioneren voorafgaand aan de behandeling en was de effectiviteit van de behandeling gelijk voor de twee groepen. Uit een recent onderzoek van Lester, Resick, Yinong-Xu en Artz (2010) onder 94 Afrikaans Amerikaanse en 214 blanke vrouwen met PTSS bleken ook geen verschillen in de uitkomsten van de behandeling op een *intention to treat analysis*.

Uit bovengenoemde onderzoeken blijkt dat in zowel studies binnen de klinische praktijk met een hoge externe validiteit als in goed gecontroleerde onderzoeken met een hogere interne validiteit, wordt gevonden dat CGT even effectief is voor niet-westerse minderheden als voor individuen met een westerse achtergrond. Hoewel dit resultaat eenduidig is zijn er wel verschillen tussen de studies in de bevinding van een verhoogd klachtenniveau onder de niet-westerse groep voorafgaand aan de behandeling. Dit is een factor waar rekening mee gehouden moet worden in effectiviteitsonderzoek, aangezien een hogere mate van klachten voorafgaand aan de behandeling betekent dat er ook meer ruimte voor verbetering bestaat.

Een andere belangrijke factor waarmee rekening gehouden moet worden in onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij etnische minderheden is drop-out. Vroegtijdig afhaken is een groot probleem, omdat behandelingen van inadequate duur niet effectief zijn (Pinto-Meza et al., 2011). Daarnaast kunnen onderzoeksresultaten verschillen op basis van het wel of niet meenemen van drop-outs in de analyse. Uit de *European Study of Epidemiology of Mental Disorder* bleek dat de drop-out voor psychiaters 19,6% en voor psychologen 20,3% was (Pinto-Meza et al., 2011). Uit data van de *Canadian Community Health Survey-Mental Health-Well-being*, waarbij gebruik is gemaakt van 3556 participanten die in de afgelopen 12 maanden gebruik hadden gemaakt van de geestelijke gezondheidszorg, bedroeg de drop-out 22,3% en bleek dat er voor niet-blanken een groter risico bestond op drop-out (Wang, 2007). Ook in Nederlands onderzoek in opdracht van het Trimbos instituut en Raad wordt geconcludeerd dat de drop-out onder allochtone cliënten binnen de GGZ hoger is dan onder autochtone cliënten (Struijs & Wennink, 2001). Deze conclusie is echter gebaseerd op een gering aantal studies. Uit recent onderzoek van het Trimbos instituut naar drop-out binnen de GGZ blijkt dat geen van de onderzochte registratiebestanden: Zorgis (GGZ Nederland), Psychiatrische Casusregisters, DBC-Informatiesysteem (DIS) en Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, alsmede geen van de cliënt-/bevolkingsonderzoeken: NEMESIS-1 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*), NESDA (Nederlandse Studie naar Depressie en Angst) en POLS (Permanent Onderzoek Leefsituatie) informatie bevatten over drop-out percentages onder allochtonen. Veelal is er niet gevraagd naar etniciteit of wordt de variabele niet ingevuld, waardoor de gegevens onbetrouwbaar zijn (Hilderink, van 't Land & Smits, 2009).

Mogelijke oorzaken voor hogere niveaus van drop-out onder allochtonen zijn een lager opleidingsniveau en lagere SES (Kubany et al., 2004; Fenger, Mortensen, Poulsen, & Lau, 2011). In bepaalde studies is gevonden dat de univariate relaties tussen ras en drop-out verdwijnen wanneer er gecorrigeerd wordt voor demografische variabelen zoals opleiding en SES in de analyse (Pekarik & Stephenson, 1988). In het onderzoek van Lester et al. (2010) werd echter een drop-out percentage van 73% binnen de Afrikaans Amerikaanse groep gevonden tegen een drop-out percentage van 45% binnen de blanke groep. Dit verschil was significant en bleef bestaan na correctie voor opleiding en inkomen (Lester et al., 2010).

Het huidige onderzoek zal worden uitgevoerd bij cliënten die behandeld worden bij het Academisch Angstcentrum Altrecht met als hoofddiagnose een angststoornis uit de DSM-IV-TR. Het onderzoek vindt plaats in een natuurlijke klinische omgeving en er zijn geen culturele modificaties in de behandeling. Wel passen therapeuten de behandeling op een natuurlijke wijze aan op hun cliënten. De eerste hypothese die getoetst zal worden is dat het percentage drop-out hoger is binnen de niet-westerse groep dan binnen de westerse groep. Indien er verschillen in drop-out blijken te bestaan tussen de groepen, zal er worden gecontroleerd voor opleidingsniveau. Ten tweede zal de hypothese getoetst worden dat de effectiviteit van CGT bij de behandeling van een angststoornis lager is binnen de niet-westerse groep dan binnen de westerse groep. Indien er verschillen bestaan in de hoogte van het klachtenniveau ten tijde van de voormeting, zal er gecorrigeerd worden voor de score op de voormeting. Daarnaast zal de invloed van opleiding en medicatiegebruik op verschillen in effectiviteit van CGT tussen de groepen onderzocht worden.

Methoden

Participanten

Sinds medio 2007 worden bij de cliënten van het Academisch Angstcentrum Altrecht (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. Om onderscheid te maken tussen individuen van westerse en niet-westerse afkomst is gebruik gemaakt van de standaarddefinitie allochtonen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Tot de westerse herkomstlanden worden gerekend alle landen in Europa (maar zonder Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Japan en Indonesië (met inbegrip van het voormalig Nederlands-Indië). De niet-westerse herkomstlanden zijn Turkije en alle landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (met uitzondering van Japan en Indonesië; Keij, 2000). 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 soorten medicijnen, terwijl 32.5% (n = 13) van de niet-westerse individuen één of meer soorten medicijnen gebruikt. Zie Tabel 1.2 voor het medicatiegebruik bij de verschillende groepen.

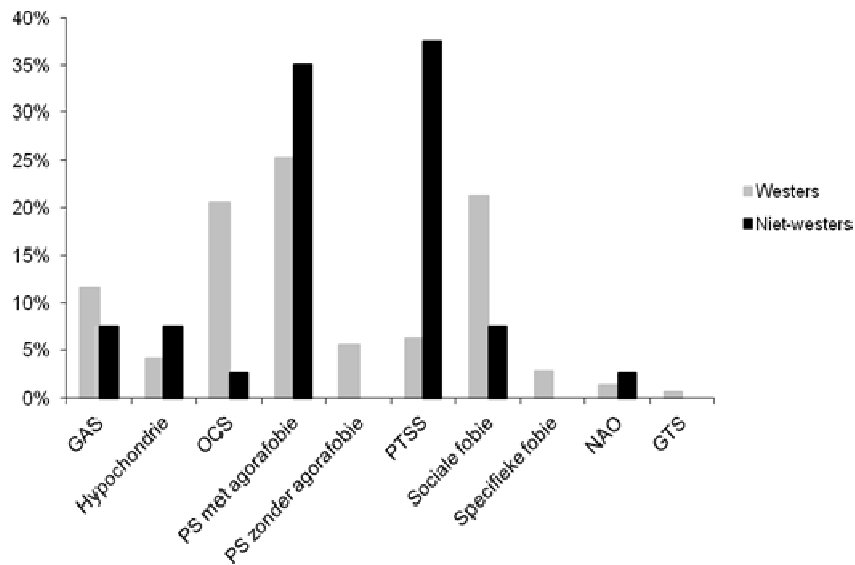
Tabel 1.2. *Frequenties en percentages van het medicatiegebruik per groep.*

	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.

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%)	*Percentage

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

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

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

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.

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, lopend 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 $r = .79$ (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 SCL-90, de DASS 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 $\alpha > .80$. De betrouwbaarheid van de overige schalen, namelijk paranoïde gedachten en psychoticisme, is respectievelijk $\alpha = .79$ en $\alpha = .71$. Voor de gehele vragenlijst geldt een betrouwbaarheid van $\alpha = .96$ (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 BDI-II (de Beurs, 2010).

Datapreparatie, design en data-analyse

De gegevens zullen 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 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 en de mate van sociaal en maatschappelijk functioneren 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 significant 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
Constante	-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
Constante	-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%)

Noot: Het aantal drop-outs wijkt iets af, omdat niet iedere participant het opleidingsniveau heeft ingevuld.

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

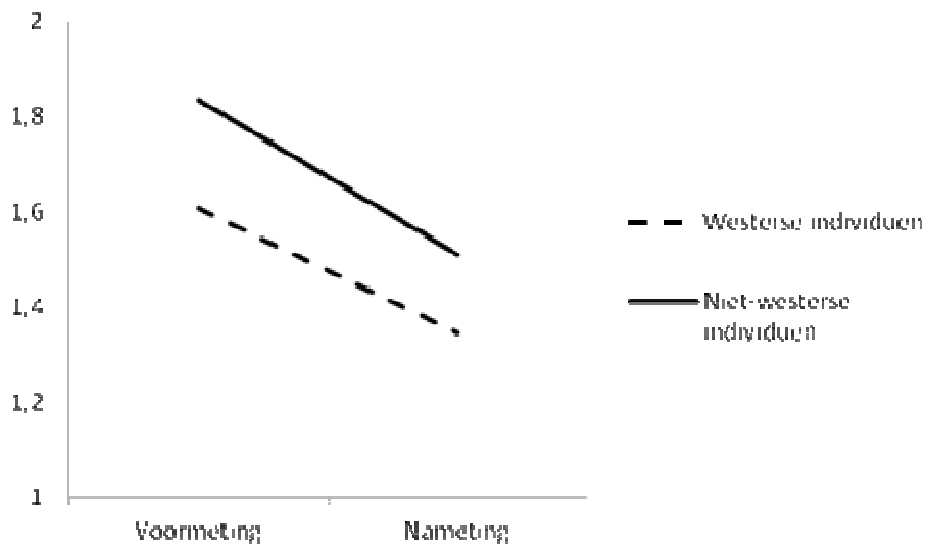
Intention-to-treat analyse voormeting

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 ($F(1, 183) = 64.45, p < .001, r = .51$). Met r wordt Pearson's correlatie coëfficiënt aangeduid, welke als maat voor de effectgrootte wordt gebruikt ($r = .10$ klein, $r = .30$ gemiddeld, $r = .50$ groot; Field, 2009). De score op de OQ-45 daalt significant van de voormeting (OQ = 1.66, SD=.51) naar de nameting (OQ = 1.38, SD = .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 er op 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 klachteniveau even groot.

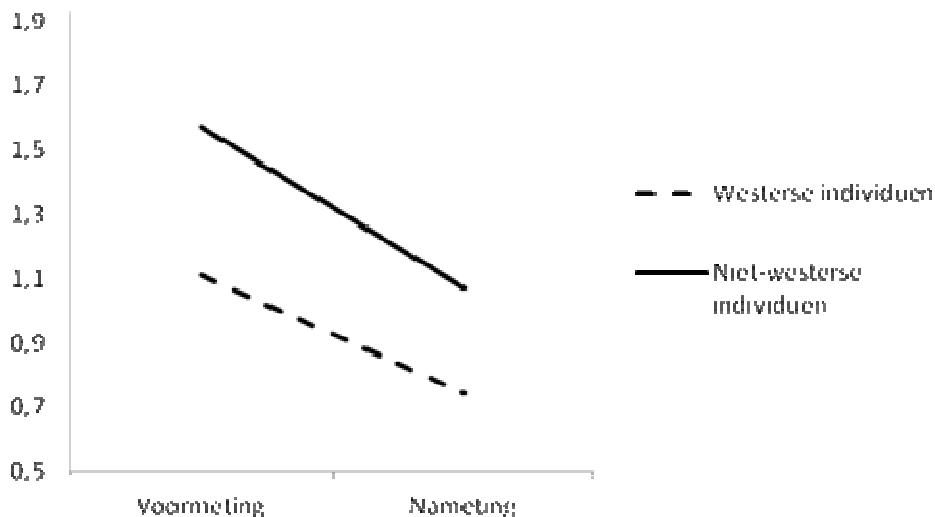
Figuur 2.1. Gemiddelde OQ-scores voor westerse en niet-westerse individuen van de voormeting naar de nameting.



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.



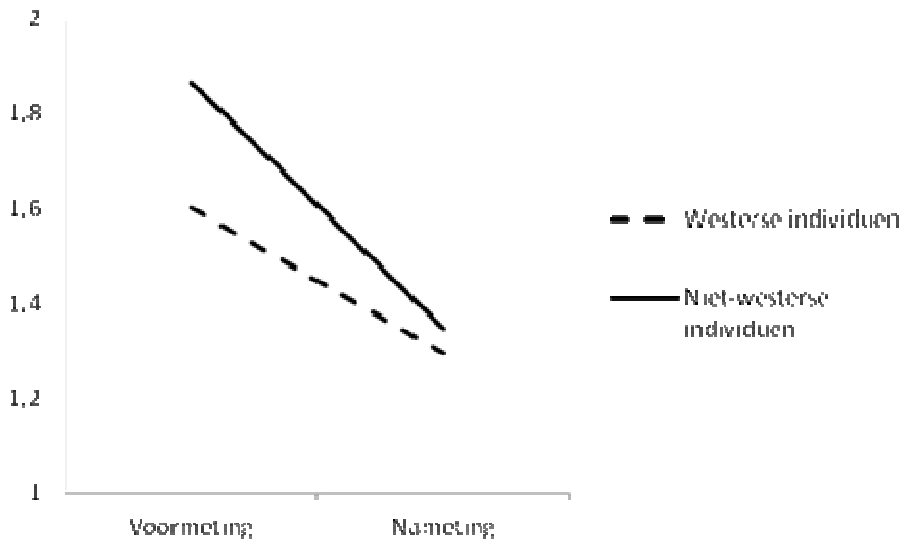
Completers analyse voormeting

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.

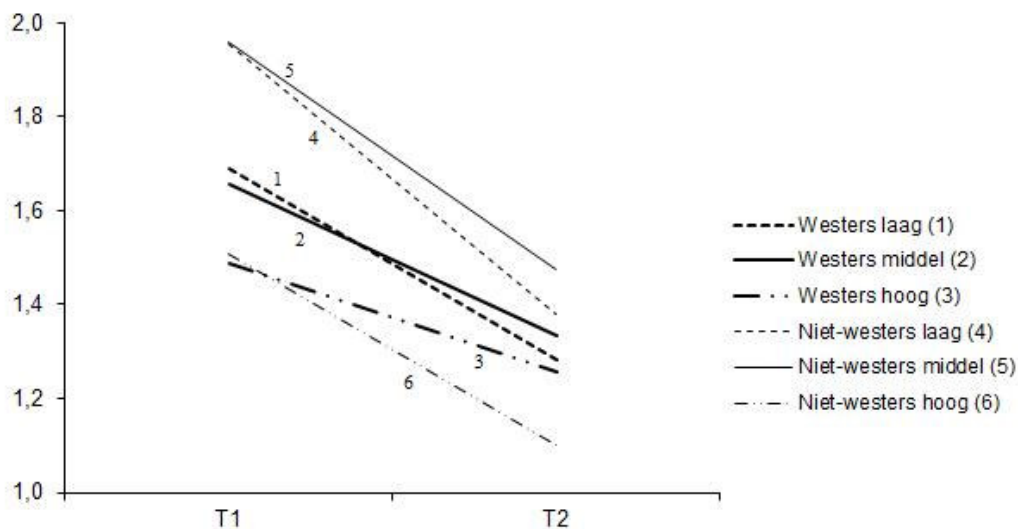


Om te controleren voor regressie naar het gemiddelde is een ANCOVA uitgevoerd met de voormeting als covariaat, culturele herkomst als factor en de nameting als afhankelijke variabele. Uit de analyse blijkt dat de covariaat significant gerelateerd is aan de nameting ($F(1, 146) = 104.74, p < .001$), wat 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 ($F(1, 143) = 63.04, p < .001, r = .55$). 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: $n = 8$).

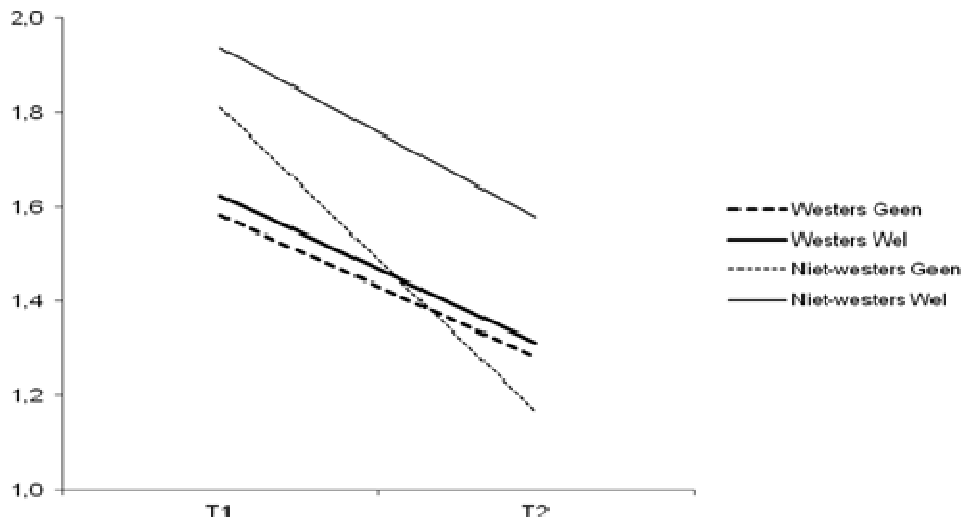
Figuur 2.4. *Geschatte marginale gemiddelde OQ-scores voor westerse en niet-westerse individuen van de voormeting naar de nameting per opleidingsniveau (laag, middelhoog en hoog).*



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 klachtenniveau doormaken dan individuen die geen medicatie gebruiken. Op het eerste oog lijkt medicatiegebruik niet van invloed te zijn op de daling in het klachtenniveau 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 ($F(1, 145) = 2.54, p = .11, r = .13$).

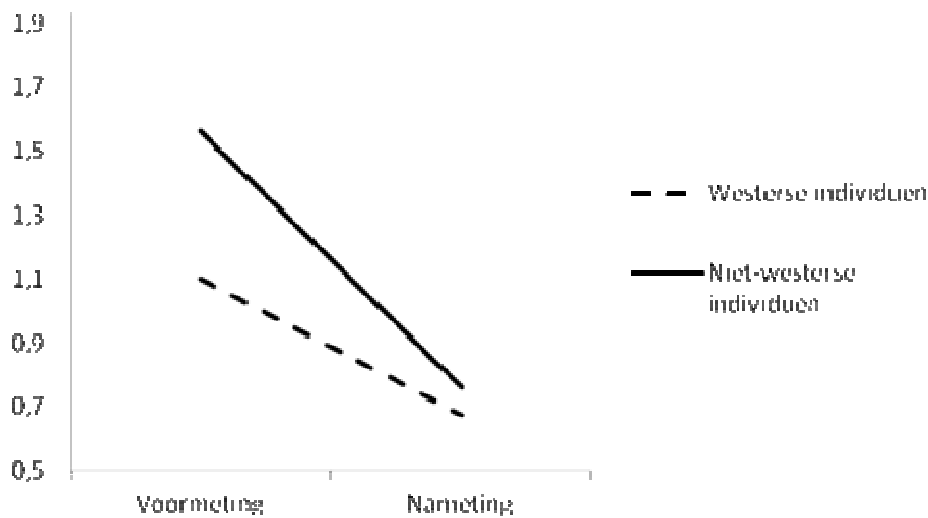
Figuur 2.5. *Geschatte marginale gemiddelde OQ-scores van de voormeting naar de nameting voor westerse en niet-westerse individuen die wel en geen medicatie gebruiken.*



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 (gemiddeld westers = .89, SD = .05, gemiddeld 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.

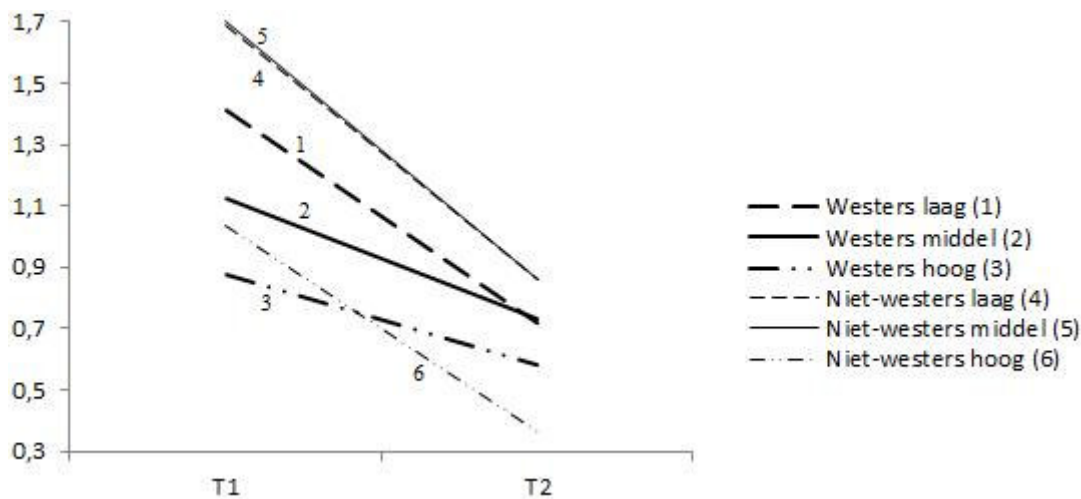


Om te controleren voor regressie naar het gemiddelde is een ANCOVA uitgevoerd met de voormeting als covariaat, culturele herkomst als factor en de nameting als afhankelijke variabele. Uit de analyse blijkt dat de covariaat significant gerelateerd is aan de nameting ($F(1, 146) = 101.93, p < .001$), wat 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 klachteniveau 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 klachteniveau door maken dan westerse individuen met respectievelijk een middelhoog en hoog opleidingsniveau (zie Figuur 2.7). Er bestaat echter geen

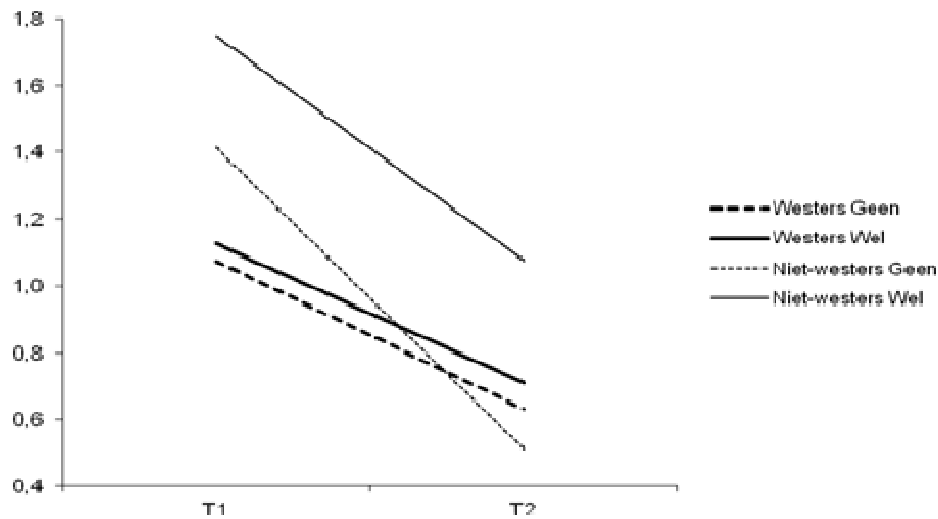
significant interactie-effect tussen tijd, culturele herkomst en opleidingsniveau ($F(2, 143) = .79$, $p = .45$, $r = .07$).

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

Naar aanleiding van het grote aantal cliënten binnen de GGZ van een niet-westerse afkomst is er de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van cultuur sensitieve therapieën. Er bestaat echter geen bewijs dat niet-westerse individuen minder baat hebben bij standaard CGT dan westerse individuen (Hall, 2001; Knipscheer & Kleber, 2005a; Bernal, Jiménez-Chafey & Domenech Rodríguez, 2009). Het doel van de huidige studie was om meer inzicht te verkrijgen in de effectiviteit van standaard cognitieve gedragstherapie bij westerse en niet-westerse cliënten in de behandeling van angststoornissen.

Ten eerste is er gekeken of de westerse groep en de niet-westerse groep van elkaar verschilden in het percentage drop-out. Uit de analyse bleek dat het percentage drop-out significant hoger was onder de niet-westerse groep dan onder de westerse groep (37.5% vs 15.1%). Dit is overeenkomstig met onder andere resultaten van de *Canadian Health Survey-Mental-Health-Well-being*, waaruit een hoger risico op drop-out bleek voor niet-blanken (Wang, 2007). Recente cijfers met betrekking tot drop-out onder niet-westerse individuen binnen de GGZ in Nederlands zijn helaas niet bekend (Hilderik, van 't Land & Smits, 2009). Verschillende onderzoekers zijn van mening dat de relatie tussen culturele herkomst en drop-out verdwijnt wanneer er gecorrigeerd wordt voor opleiding en SES (Kubany et al., 2004; Fenger, Mortensen, Poulsen, & Lau, 2011). In het huidige onderzoek bleef de relatie tussen culturele herkomst en drop-out bestaan na correctie voor opleiding. Daarnaast bleek dat opleiding naast culturele herkomst een significante voorspeller van drop-out is. Laag opgeleide individuen hebben een groter risico op drop-out dan hoog opgeleide individuen. Opleiding bleek echter voornamelijk

van invloed te zijn op drop out binnen de westerse groep. Culturele herkomst heeft een grotere voorspellende waarde voor drop-out dan opleidingsniveau. Mogelijk is de invloed van culturele herkomst dusdanig dat het effect van opleiding minder duidelijk zichtbaar is binnen de niet-westerse groep. Een niet-westerse achtergrond en een laag opleidingsniveau vergroten derhalve beide het risico op drop-out en het effect van een laag opleidingsniveau is voornamelijk in de westerse groep zichtbaar.

Voorts zijn de verschillen in effectiviteit van de cognitief gedragstherapeutische behandeling tussen de westerse en niet-westerse cliënten onderzocht. Hiertoe zijn zowel een *intention to treat* (ITT) analyse als een *Completers* analyse uitgevoerd. Uit de ITT analyse bleek dat niet westerse individuen hoger scoorden op zowel de OQ-45 als de BSI ten tijde van de voormeting. De groepen maakten beiden een significante daling in klachten door. De daling in klachten was even groot voor de niet-westerse als de westerse groep. De niet-westerse individuen starten en eindigen dus met meer klachten, maar de behandeling lijkt even effectief te zijn voor de twee groepen. In de ITT analyse wordt het effect van de behandeling echter onderschat binnen met name de niet-westerse groep. Drop-outs krijgen in deze analyse eenzelfde score op de voormeting als op de nameting, waardoor het lijkt alsof de behandeling voor hen helemaal geen effect heeft gehad. Aangezien het percentage drop-outs hoger is in de niet-westerse groep is een gelijke daling in klachten in zekere zin een onderschatting van het effect van de behandeling voor niet-westerse individuen.

Vervolgens is er een *Completers* analyse uitgevoerd waarbij enkel die cliënten zijn opgenomen die de behandeling hebben afgerond. Hieruit bleek voor de OQ-45 dat de niet-westerse groep significant hoger scoorde op de voormeting dan de westerse groep. De klachten namen binnen beide groepen significant af, maar de daling bleek groter te zijn onder de niet-westerse groep. De daling binnen de niet-westerse groep was zodanig dat hoewel deze groep hoger scoorde op de OQ-45 tijdens de voormeting, de groepen op de nameting niet meer significant van elkaar verschilden. Ook op de BSI scoorde de niet-westerse groep tijdens de voormeting significant hoger dan de westerse groep. De klachten namen tevens binnen beide groepen af, waarbij de niet-westerse groep een significant grotere daling in klachten doormaakte dan de westerse groep. In de *Completers* analyse wordt het effect behandelingen die niet zijn afgerond en dus niet effectief zijn geweest echter niet meegenomen. In de niet-westerse groep is de drop-out het grootst en aangezien in deze analyse geen rekening met drop-out wordt gehouden is er sprake van een overschatting van het effect in de niet-westerse groep.

Wanneer de bevindingen van de ITT analyse en de *Completers* analyse samen worden genomen lijkt het echter dat ondanks dat niet-westerse individuen met een hoger klachtenniveau starten, de behandeling op zijn minst even effectief is voor beide groepen en mogelijk zelfs iets effectiever voor de niet-westerse groep, uitgaande van de *Completers* analyse.

Een mogelijke verklaring voor de grotere daling in klachten onder de niet-westerse groep is dat er sprake is van regressie naar het gemiddelde. Doordat de niet-westerse groep met een hoger klachtenniveau start is er ook meer ruimte voor verbetering. Na een analyse waarin gecontroleerd werd voor de scores op de voormeting van de OQ-45 en de BSI bleek echter nog steeds dat de effecten van de behandeling gelijk waren voor de niet-westerse en de westerse groep.

De bevinding dat het klachtenniveau hoger is ten tijde van de voormeting binnen de niet-westerse groep komt niet overeen met eerder onderzoek van Zoellner (1999), Friedman et al. (2003), Friedman et al. (2006) en Lester et al. (2010). De bevinding komt wel overeen met het onderzoek van Chambless en Williams (1995) die een hoger klachtenniveau vonden onder de Afrikaan Amerikaanse cliënten. De onderzoeken van Zoellner et al. (1999) en Lester et al., (2010) betreffen beide PTSS. Mogelijk biedt de aard van de stoornis een verklaring voor het uitblijven van verschillen in klachtenniveaus ten tijde van de voormeting. Uit de onderzoeken van Friedman et al. (2003) en Friedman et al. (2006) blijken weinig verschillen te bestaan tussen de groepen in demografische variabelen. In het onderzoek van Friedman et al. (2003) werden er geen verschillen gevonden tussen de blanke en niet-blanke groep in opleidingsniveau, percentage individuen met betaald werk en SES. In het onderzoek van Friedman et al. (2006) zijn enkel verschillen gevonden tussen de groepen in het percentage individuen met betaald werk. In het onderzoek van Chambless en Williams bestonden echter wel verschillen op maten van SES en leefomstandigheden. Mogelijk zijn demografische variabelen zoals opleidingsniveau, het hebben van betaald werk, de hoogte van het inkomen en SES van invloed op het klachtenniveau. Een andere mogelijkheid is dat niet-westerse individuen binnen Nederland een hogere grenswaarde aan klachten hanteren eer zij op zoek gaan naar hulp. Uit onderzoek van Schrier, Theunissen, Kempe en Beekman (2005) blijkt echter dat niet-westerse individuen vaker ambulant in behandeling zijn en volgens Knipscheer & Kleber (2005b) is het zoekgedrag van passende hulp door migranten minder afwijkend van het 'Nederlandse profiel' dan voorondersteld. Het lijkt er dus op dat niet-westerse individuen daadwerkelijk meer klachten ervaren dan westerse individuen, wat veroorzaakt kan worden door verschillen in demografische variabelen.

De bevinding dat CGT even effectief blijkt te zijn voor niet-westerse individuen als voor westerse individuen komt overeen met eerder onderzoek naar verschillen in effectiviteit tussen verschillende culturele groepen in zowel de klinische praktijk (Friedman et al., 2003; Friedman et al., 2006; Itkina et al., in press) als in goed gecontroleerde studies in een onderzoekssetting (Zoellner et al., 1999; Lester et al., 2010). De bevindingen wijken echter af van die van Chambless en Williams (1995), die tot de conclusie kwamen dat Afrikaans-Amerikaanse cliënten minder vooruitgingen. Dit komt niet overeen met de grotere vooruitgang in klachten die in het

huidige onderzoek werd gevonden voor de niet-westerse groep. Chambless en Williams (1995) zijn van mening dat hogere stressniveaus gerelateerd aan SES en leefomstandigheden de effectiviteit van de behandeling verkleinen. SES en leefomstandigheden zijn niet gemeten in het huidige onderzoek. Echter zijn de niet-westerse individuen binnen dit onderzoek afkomstig uit diverse landen en zijn er slechts 4 van de niet-westerse participanten in Nederland geboren. Dit maakt dat verwacht kan worden dat er binnen deze groep tevens stress naar aanleiding van SES en leefomstandigheden bestaat (van de Berg, van Dijk, Stout & Swart, 2000). Mogelijk biedt het kleine aantal Afrikaans Amerikaanse participanten ($n = 15$) binnen het onderzoek van Chambless en Williams (1995) een verklaring voor het afwijkende resultaat.

In het huidige onderzoek is enkel de SES-gerelateerde variabele opleidingsniveau gemeten. De invloed van het opleidingsniveau op de effectiviteit van de behandeling is onderzocht. Uit de analyse met OQ-scores als uitkomstmaat bleek na toevoeging van opleidingsniveau dat het interactie-effect tussen culturele herkomst en tijd niet langer significant was. De daling in klachten was dus niet meer significant groter onder de niet-westerse groep. Mogelijk is het interactie-effect tussen culturele herkomst en tijd niet langer significant, omdat het opleidingsniveau van invloed is op de score bij de voormeting: lager opgeleiden hebben een hogere score ten tijde van de voormeting. Niet-westerse individuen hebben vaker een laag opleidingsniveau, waardoor de verschillen in voormeting kleiner worden tussen de twee groepen, wanneer er gecorrigeerd wordt voor het opleidingsniveau. Opleidingsniveau lijkt dus van invloed te zijn op de hoogte van de klachten. In de analyse naar de BSI bleef het interactie-effect tussen culturele herkomst en tijd wel significant.

Naast opleidingsniveau verschilden de westerse en de niet-westerse groep tevens in medicatiegebruik. Opvallend was dat de niet-westerse groep (32.5%) minder gebruik maakte van medicatie dan de westerse groep (50.7%) binnen deze onderzoekspopulatie. Dit is in tegenstelling met bevindingen uit eerder onderzoek waarin gevonden werd dat etnische minderheden meer psychotrope medicatie voorgeschreven krijgen (e.g. Dunn & Fahy, 1990; Lloyd & Moodley, 1992; Hjern, 2001; Bayard-Burfield, Sunquist & Johansson, 2001). De bevindingen zijn echter in overeenstemming met onderzoek naar voorgeschreven anxiolytica en anti-depressiva onder Aziaten (Hull, Cornwall, Harvey, Eldrige & Bare, 2001) en Afrikaans-Amerikanen (Melfi, Croghan, Hanna & Robinson, 2000). Uit de analyse met de OQ-45 bleek dat het interactie-effect van tijd en culturele herkomst blijft bestaan na toevoeging van de variabele medicatiegebruik. Uit de analyse met BSI scores bleek een significant hoofdeffect van medicatiegebruik te bestaan, waarbij individuen die wel medicatie gebruiken gemiddeld hoger scoren op de BSI dan individuen die geen medicatie gebruiken. Daarnaast bleek er nog steeds een significant interactie-effect te bestaan van tijd en culturele herkomst. Medicatie lijkt dus niet van invloed te zijn op de effectiviteit van de behandeling. Opvallend is dat het lijkt alsof niet-

westerse individuen die geen medicatie gebruiken het meeste profijt van de behandeling hebben. Zowel in de analyse met de OQ-45 als in de analyse met BSI lijken de niet-westerse individuen zonder medicatie de grootste daling in klachten door te maken. De interactie-effecten tussen culturele herkomst, tijd en medicatiegebruik zijn echter niet significant. Interessant zou zijn om deze trend nader te onderzoeken in vervolgonderzoek. Onderzoek naar etnische minderheden en de werkzaamheid van medicatie is tot op heden erg schaars. In slechts 53% van het klinisch onderzoek dat tussen januari 1995 en december 1999 was ingediend bij de Federal and Drugs Administration (FDA) voor goedkeuring van een nieuw medicijn was ras gespecificeerd. De proefpersonen in de onderzoeken waarin ras wel was gespecificeerd bestonden voor 88% uit blanke personen, voor 8% uit Afrikaans Amerikaanse personen, voor 3% uit Latijns Amerikaanse personen en voor 1% uit andere minderheden (Evelyn et al., 2001). Volgens Poolsup, Li Wan Po en Knight (2000) spelen allerlei factoren waaronder biologische, culturele, omgevingsfactoren en factoren gerelateerd aan de medicatie zelf een rol in hoe een individu reageert op een medicijn. Effecten van een medicijn worden voor een groot deel bepaald door farmacokinetiek en farmacodynamiek, welke tot op bepaalde hoogte genetisch bepaald zijn (Lin, Smith & Ortiz, 2001; Roy-Byrne, Perera, Pitts & Christi, 2005). Mogelijk reageren verschillende etnische groepen dus verschillend op medicatie.

Conclusies en aanbevelingen

Uit het huidige onderzoek kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Ten eerste is gebleken dat niet-westerse individuen bij aanvang van de behandeling een hoger klachtenniveau hebben. Een mogelijke reden hiervoor zou kunnen zijn dat niet-westerse individuen een hogere grenswaarde aan klachten hanteren eer zij op zoek gaan naar hulp. Het lijkt echter alsof niet-westerse individuen over het algemeen meer klachten ervaren naar aanleiding van demografische variabelen zoals opleidingsniveau, het hebben van betaald werk, de hoogte van het inkomen en SES.

Ondanks dat de niet-westerse groep start met een hoger klachtenniveau is uit dit onderzoek gebleken dat CGT op zijn minst even effectief is bij niet-westerse individuen als bij westerse individuen. Dit is vastgesteld bij een relatief grote steekproef, waarbinnen grote culturele verschillen bestonden tussen de groep met een westerse culturele herkomst en de groep met een niet-westerse culturele herkomst. Daarnaast is het onderzoek uitgevoerd binnen de klinische praktijk, wat het onderzoek relevant maakt voor de behandelingspraktijk. Mogelijk hebben therapeuten binnen dit onderzoek wel cultureel sensitief gehandeld, maar het blijkt niet nodig te zijn om gestandaardiseerde cultuur sensitieve therapieën te hanteren om niet-westerse individuen effectief te kunnen behandelen.

Een derde conclusie die getrokken kan worden is dat niet-westerse individuen een groter risico hebben op drop-out. Deze individuen ondergaan geen effectieve behandeling, omdat deze beëindigd wordt voor het doel van de therapie bereikt is.

De focus in de behandeling van niet-westerse individuen zou dus niet moeten liggen in het aanpassen van de CGT, maar in hoe de niet-westerse individuen in behandeling gehouden kunnen worden totdat deze voltooid is. Volgens Korrelboom et al. (1996) zijn de conclusies die voortvloeien uit onderzoek naar redenen voor drop-out voornamelijk gebaseerd op opvattingen van behandelaars. Meestal worden externe omstandigheden genoemd en tamelijk globaal geformuleerde, patiëntgebonden factoren zoals 'ontevredenheid over de behandeling' en 'het verdwijnen van behoefte aan hulp'. Meer vanuit de kant van de patiënt bekeken, bleek uit onderzoek van Veeninga & Hafkenscheid (2004) dat drop-outs bij aanvang van de behandeling een meer uitgesproken voorkeur hadden voor medicamenteuze behandeling en geïnstitutionaliseerd contact. Daarnaast scoorden drop-outs lager op de behoefte voor probleemverheldering, blootgeven en het aanleren van sociale vaardigheden (Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Dit zijn echter belangrijke onderdelen van CGT. Mogelijk is er dus meer drop-out onder allochtonen die een CGT behandeling ondergaan, omdat zij andere verwachtingen en wensen hebben ten opzichte van de behandeling (van Loon, 2011).

Aanbevelingen om drop-out tegen te gaan sluiten aan bij onderzoek naar drop-out van allochtonen binnen de GGZ, uitgevoerd door het Trimbos Instituut (Hilderink, van 't Land & Smits, 2009). Een eerste aanbeveling is om voorafgaand aan de behandeling duidelijk te maken wat de cliënt kan verwachten. De huisarts is het belangrijkste aanspreekpunt bij psychiatrische problemen (Knipscheer & Kleber, 2005b). Het merendeel van de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse ambulante GGZ-cliënten zegt zich echter onbegrepen en niet serieus genomen te voelen door de huisarts. Er zou sprake zijn van gebrek aan overleg, onvoldoende voorlichting over de GGZ en weinig aansluiting op de eigen wensen en verwachtingen (Knipscheer, geciteerd in Hilderink, van 't Land & Smits, 2009). Het is dan ook belangrijk dat er betere voorlichting wordt gegeven door huisartsen aan allochtone cliënten over het aanbod in de Nederlandse GGZ. Ook de informatievoorziening van GGZ-instellingen zelf schiet vaak tekort. Vaak ontbreekt het aan vertaald voorlichtingsmateriaal en bevat het materiaal ingewikkelde terminologie (Messing, geciteerd in Hilderink, van 't Land & Smits, 2009).

Een tweede aanbeveling betreft tegemoetkoming aan behoeften van niet-westerse cliënten binnen de GGZ. Bij niet-westerse individuen blijkt er vaker sprake te zijn van meervoudige problematiek (Messing, geciteerd in: Hilderink, van 't Land & Smits, 2009). Niet-westerse individuen zijn vaker laag opgeleid, hebben minder vaak een betaalde baan en verkeren vaak in een slechtere woonsituatie (Knipscheer, geciteerd in Hilderink, van 't Land & Smits, 2009). Niet-westerse individuen hebben dan ook vaker behoefte aan praktische hulp bij

sociaal-maatschappelijke problemen. Men zou in de behandeling van niet-westerse individuen nauw samen moeten werken met bijvoorbeeld maatschappelijk werkers om een optimaal hulpaanbod te kunnen bieden.

Beperkingen en vervolgonderzoek

Ondanks de sterke kanten van dit onderzoek zoals de hoge externe validiteit, de grootte van de steekproef en de grote culturele verschillen tussen de westerse en de niet-westerse groep, zijn er ook een aantal beperkingen. Ten eerste moeten de analyses waarin gecontroleerd wordt voor opleidingsniveau en medicatiegebruik als exploratief gezien worden. Wanneer de niet-westerse groep opgesplitst wordt naar laag, gemiddeld en hoog opleidingsniveau of wel en geen medicatiegebruik wordt de n per groep te laag, waardoor er te weinig power is. Deze analyses laten echter wel interessante trends zien die in vervolgonderzoek nader onderzocht kunnen worden.

Het onderzoek heeft een hoge externe validiteit, aangezien het in de klinische praktijk is uitgevoerd. De interne validiteit is echter lager. In een natuurlijke setting zoals deze hanteren alle therapeuten hun eigen methoden en is de ene therapeut van nature cultuur sensitiever dan de andere. Daarnaast kunnen er tal van factoren, zoals het aantal sessies, het ondergaan van groeps- of individuele therapie en de elementen in de behandeling, van invloed zijn op de effectiviteit. Om verschillen tussen de groepen in de effectiviteit van standaard CGT beter te detecteren zou er onderzoek moeten worden gedaan in een gecontroleerde omgeving met standaard elementen in de behandeling. Belangrijk is echter dat is gebleken dat CGT zoals die in de praktijk toegepast wordt, zonder formele culturele adaptaties, werkzaam blijkt te zijn voor niet-westerse individuen.

Verder zijn in dit onderzoek alle gediagnosticeerde angststoornissen samengevoegd in één groep. Dit heeft als voordeel dat de steekproef groter is en dat er een algemeen beeld ontstaat met betrekking tot angststoornissen. Het klinisch beeld van verschillende angststoornissen kan echter divers zijn en ook kunnen de behandelingen verschillen in aanpak en effectiviteit. Daarnaast zijn alle niet-westerse minderheden samengevoegd in één groep van individuen uit een niet-westerse cultuur. Interculturele verschillen binnen deze groep kunnen echter groot zijn (Knipscheer & Kleber, 2005). Behalve dat het samenvoegen van de verschillende angststoornissen en minderheden de interne validiteit niet ten goede komt, levert het ook problemen met betrekking tot de betrouwbaarheid op. Afwijkende resultaten zouden namelijk te wijten kunnen zijn aan een andere samenstelling van de groepen. In vervolgonderzoek zou het dan ook interessant zijn de groepen op te splitsen naar stoornis en naar specifieke culturele herkomst. Er kan dan ook gekeken worden naar specifieke uitkomstmaten. In het huidige onderzoek is enkel naar algemene uitkomstmaten gekeken,

terwijl specifieke maten een beter beeld kunnen geven van de effectiviteit die de behandeling heeft gehad op de stoornis. Als laatste is het belangrijk om in vervolgstudies tevens een follow up meting mee te nemen in de analyses. Dit kan informatie verschaffen over verschillen tussen westerse en niet-westerse individuen in effectiviteit van CGT op de lange termijn. De lange termijn effecten zijn in het huidige onderzoek niet aan de orde gekomen doordat er te weinig participanten waren die een follow-up meting hadden ondergaan.

Referenties

- Alvidrez, J., Azocar, F., & Miranda, J. (1996). Demystifying the Concept of Ethnicity for Psychotherapy Researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 903-908.
- Berg, M. van, Dijk, A. van, Stout, A., & Swart, w. (2000). Gezondheidskaart sociaal economische gezondheidsverschillen. *GGD Rotterdam en omstreken*.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural Adaptation of Treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*, 361-368.
- 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.
- Dunn, J., & Fahy, T. A. (1990). Police Admissions to a Psychiatric Hospital: Demographic and Clinical Differences Between Ethnic Groups. *British Journal of Psychiatry, 156*, 373-378.
- Evelyn, B., Toigo, T., Banks, D., Pohl, D., Gray, K., Robins, B., & Ernat, J. (2001). Participation of Racial/Ethnic Groups in Clinical Trials and Race-Related Labeling: A Review of New Molecular Entities Approved 1995-1999. *Journal of the National Medical Association, 93*, 18s-24s.
- 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. *Nord J Psychiatry, 65*, 183-191.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3th ed.)*. London, England: Sage.
- Friedman, S., Smith, L. C., Halpern, B., Levine, C., Paradis, C., Viswanathan, R., Trappler, B., & Ackerman, R. (2003). Obsessive-Compulsive Disorder in a Multi-Ethnic Urban Outpatient Clinic: Initial Presentation and Treatment Outcome With Exposure and Ritual Prevention. *Behavior Therapy, 34*, 397-410.
- 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.

- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally Adapted Mental Health Interventions: A Meta Analytic Review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531-548.
- Hall, G. C. N. (2001). Psychotherapy Research With Ethnic Minorities: Empirical, Ethical, and Conceptual Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502-510.
- Hays, P. A. (1995). Multicultural Applications of Cognitive-Behavior Therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 309-315.
- 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. B., Land, H. van 't, & Smits, C. (2009). Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Zicht op de onderliggende factoren en aanbevelingen om drop-out te verminderen. In: H. van 't Land (red.). *Tendrapportage GGZ 2009 deel terrein 3: Kwaliteit en Effectiviteit*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Hjern, A. (2001). High Use of Sedatives and Hypnotics in Ethnic Minorities in Sweden. *Ethnicity & Health*, 6, 5-11.
- Hofmann, S. G. (2006). The Importance of Culture in Cognitive and Behavioral Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 243-245.
- Hull, S. A., Cornwall, J., Harvey, C., Eldrige, S., & Bare, P. O. (2001). Prescribing rates for psychotropic medication amongst east London general practices: low rates where Asian populations are greatest. *Family Practice*, 18, 167-173.
- Itkina, T., Hout, M.A. van den, Rijkeboer, M., Cath, D.C. (2011). Effect van cognitieve gedragstherapie bij autochtone en niet-westerse allochtone cliënten met angststoornissen. *GZ-Psychologie*, 6, 10-15.
- Jackson, L. C., Schmutzer, P. A., Wenzel, A., & Tyler, J. D. (2006). Applicability of Cognitive-Behavioral Therapy with American Indian Individuals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 506-517.
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2005a). Psychotherapie met allochtonen écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 717-724.

- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2005b). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *47*, 753-759.
- Korrelboom, K., Kernkamp, B., Vossen, C., Hoogduin, K., & Mooren, H. (1996). Kenmerken van drop-outs bij een geprotocolleerde behandeling van paniekstoornis met agorafobie: een exploratief follow-up-onderzoek. *Directieve therapie*, *16*, 105-119.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannace-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 3-18.
- Lester, K., Resick, P. A., Young-Xu, Y., & Artz, C. (2010). Impact of Race on Early Treatment Termination and Outcomes in Posttraumatic Stress Disorder Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 480-489.
- Lin, K. M., Smith, M. W., & Ortiz, V. (2001). Culture and psychopharmacology. *Psychiatric Clinics of North America*, *24*, 523-38.
- Loon, A. van, Schaik, D. J. F. van, Dekker, J. J., & Beekman, A. T. F. (2011) Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, *11*.
- Lloyd, K., & Moodley, P. (1992). Psychotropic medication and ethnicity: an inpatient survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *27*, 95-101.
- Melfi, C.A., Croghan, T.W., Hanna, M.P., & Robinson, R. L. (2000). Racial variation in antidepressant treatment in a Medicaid population. *Journal of Clinical Psychiatry*, *6*, 16-21.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A Meta-Analytic Review of Adult Cognitive- Behavioral Treatment Outcome Across the Anxiety Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*, 521-531.
- Pekarik, G., & Stephenson, L. A. (1988). Adult and Child Client Differences in Therapy Dropout Research. *Journal of Clinical Child Psychology*, *17*, 316-321.
- Pinto-Meza, A., Fernández, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., Graaf, R. de, Girolamo, G. de, Matschinger, H., & Haro, J. M. (2011). Dropping out of mental health treatment among

patients with depression and anxiety by type of provider: results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 46, 273-280.

Poolsup, N., Li Wan Po, A., & Knight, T.L. (2000). Pharmacogenetics and Psychopharmacotherapy. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 25, 197- 220.

Rachman, S. (2009). Psychological Treatment of Anxiety: The Evolution of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy, *Annual Review of Clinical Psychology* 2009. Retrieved from <http://www.annualreviews.org.proxy.library.uu.nl/doi/pdf/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153635>.

Roy-Byrne, P. P., Perera, P., Pitts, C. D., & Christi, J. A. (2005). Paroxetine Response and Tolerability Among Ethnic Minority Patients With Mood or Anxiety Disorders: A Pooled Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1228-1233.

Schrier, A. C., Theunissen, J. R., Kempe, P. T., & Beekman, A. T. F. (2005). Migranten in de ambulante ggz maken een inhaalslag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 771-777.

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.

Veeninga, A. T., & Hafkenscheid, A. J. P. M. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van de psychotherapie: voorspellers van *drop-out*? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 113-118.

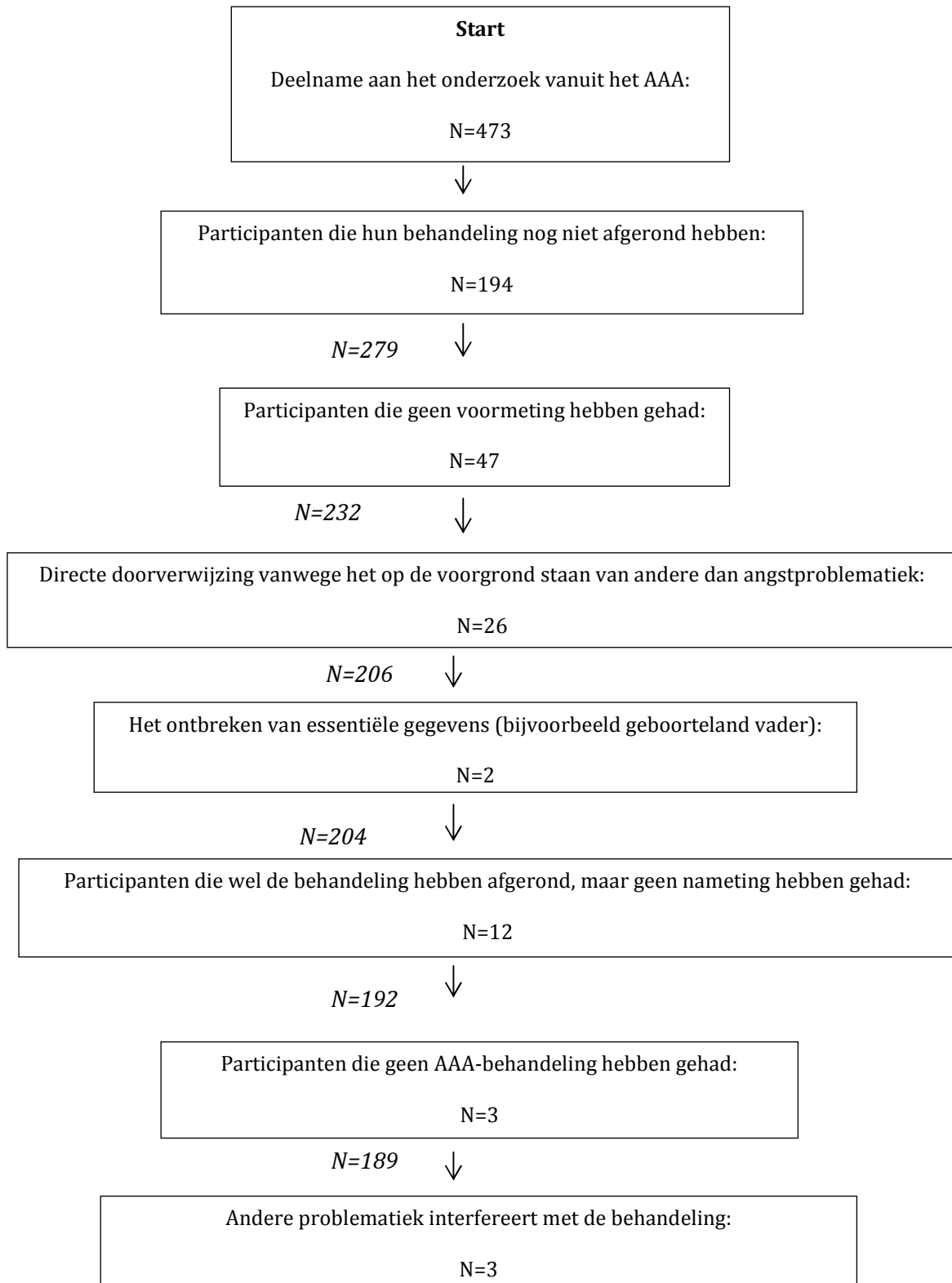
Voss Horrell, S. C. (2008). Effectiveness of Cognitive–Behavioral Therapy With Adult Ethnic Minority Clients: A Review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 160-168.

Wang, J. (2007). Mental Health Treatment Dropout and Its Correlates in a General Population Sample. *Medical Care*, 45, 224-229.

Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Community Clinic Treatment of Depressed Youth: Benchmarking Usual Care Against CBT Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 299-310.

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (1999). Response of African American and Caucasian Women to Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. *Behavior Therapy*, 30, 581-595.

Bijlage 1: Stroomdiagram van het aantal participanten



$N = 186$ ↓

Uiteindelijke steekproef:
N=186

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: Frequenties en percentages van de hoofddiagnosen, aantal comorbide stoornissen per hoofddiagnose en frequenties en percentages van de comorbide stoornissen.

Tabel 1. *Hoofddiagnose 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 2. *Comorbiditeit per hoofddiagnose uitgesplitst voor westerse en niet-westerse individuen: Aantal individuen met een comorbide stoornis (aantal comorbide stoornissen die deze individuen gezamenlijk hebben).*

	Westerse individuen	Niet-westerse individuen
GAS	13 (31)	3 (7)
Hypochondrie	3 (8)	1 (5)
OCS	21 (45)	1 (1)
PS met agorafobie	29 (55)	12 (25)

PS zonder agorafobie	5 (10)	-
PTSS	7 (14)	12 (19)
Sociale fobie	27 (49)	3 (9)
Specifieke fobie	2 (4)	-
NAO	1 (1)	1 (1)

Tabel 3. *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%)

*Een aantal individuen heeft meer dan één comorbide stoornis, waardoor het percentage op meer dan 100% uitkomt.