

**Universiteit Utrecht**

Master Klinische- en Gezondheidspsychologie



*De relatie tussen co morbiditeit en drop- out bij  
autochtonen angst patiënten en niet-westerse  
allochtonen angst patiënten*

Master thesis

Lieke Spaak 4087488

Begeleider: M.A. van den Hout

## Inhoudsopgave

1. Samenvatting .....	1
2. Inleiding .....	1
3. Methode	
3.1 Patiënten .....	4
3.2 Metingen van diagnose en co morbiditeit .....	5
3.3 Procedure .....	6
3.4 Statistische analyse .....	6
4. Resultaten	
4.1 Is er bij de niet-westerse allochtone groep sprake van meer co morbiditeit dan bij de autochtone groep? .....	6
4.2 Als er sprake is van co morbiditeit, verschillen niet-westerse allochtonen en autochtonen dan in aantal co morbide aandoeningen? .....	6
4.3 Hebben drop-outs vaker een co morbide aandoening dan niet drop-outs? .....	6
4.4 Is er verschil tussen <i>aantal</i> co morbide aandoeningen bij de drop-outs en niet drop-outs? .....	7
4.5 Is de samenhang tussen drop-outs en co morbide aandoeningen groter bij de niet-westerse allochtonen dan bij de autochtonen? Anders gezegd, is het risico op drop-out, gegeven een co morbide stoornis, groter bij niet-westerse allochtonen dan bij autochtone .....	7
5. Discussie .....	7
6. Literatuur .....	8

## **1. Samenvatting**

Uit eerder onderzoek is gebleken dat cognitieve gedragstherapie (CGT) even effectief is bij allochtonen als bij niet-westerse autochtonen met een angststoornis. Echter was het drop-out percentage bij de niet-westerse allochtonen een stuk hoger dan bij de autochtonen. De huidige studie heeft ernaar gestreefd hier een mogelijke verklaring voor te vinden. Deze verklaring werd gezocht in het verband tussen allochtonen, drop-out en co morbiditeit. In andere studies is namelijk een positief verband gevonden tussen allochtonen en co morbiditeit en tussen drop-out en co morbiditeit.

De patiëntenpopulatie bestond uit autochtonen ( $n= 196$ ) en niet-westerse allochtonen ( $n=37$ ). Aan de hand van de SCID-1 werden de hoofd-diagnoses en co morbide stoornissen vastgesteld. Een patiënt werd als drop-out gezien als de patiënt voortijdig, volgens de therapeut en patiënt, met de therapie was gestopt.

De niet-westerse allochtonen hadden niet significant meer co morbide stoornissen dan allochtonen, ook was er geen significant verschil in aantal co morbide stoornissen. Daarnaast hadden drop-outs niet significant vaker een co morbide stoornis en was er ook geen significant verschil in aantal co morbide stoornissen tussen drop-outs en niet drop-outs. Verder was de samenhang tussen drop-out en co morbiditeit niet significant groter bij de niet-westerse allochtonen dan bij de autochtonen.

De huidige studie suggereert dat in een eerder onderzoek gevonden hoge drop-out percentage bij niet-westerse allochtonen angst patiënten in vergelijking met autochtonen angst patiënten, niet veroorzaakt wordt door verschillen in co morbiditeit.

## **2. Inleiding**

In de Nederlandse samenleving dienen zich met toenemende mate vraagstukken aan over migranten in de geestelijke gezondheidszorg (van Meekeren, Limburg-Okken & May, 2002). In 2000 concludeerde de Raad van Volksgezondheid dat migranten minder profiteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van het zorgaanbod dan autochtonen in de geestelijke gezondheidszorg (Struijs & Wenniks, 2000).

De huidige studie gaat over co morbiditeit van psychische stoornissen bij autochtonen en niet-westerse allochtonen en de relatie tussen die co morbiditeit verschillen en vroegtijdig stoppen met de behandeling (Drop out). Ter inleiding op de onderzoeksvragen wordt eerst een opmerkelijk en recent onderzoek besproken dat werd verricht binnen het Academisch

Angstcentrum Altrecht. Daarna worden enige onderzoeken besproken waarbij de co morbiditeit bij allochtonen en autochtonen een rol speelt.

In protocollaire behandelingen voor angststoornissen in de geestelijke gezondheidszorg wordt vaak Cognitieve gedragstherapie (CGT) toegepast. Dit is een effectieve behandeling (Deacon & Abramowitz, 2004) die in 20<sup>e</sup> eeuw is ontwikkeld. Westerse waarden hebben de ontwikkeling van de CGT beïnvloed. Waarden zoals de focus op het individu en een wetenschappelijke en rationele houding ten opzichte van emotionele problemen (Hays, 2009). Door deze westerse waarden in de CGT werd gedacht dat CGT minder effectief zal zijn voor patiënten met een niet-westerse achtergrond en dan specifiek voor patiënten uit Islamitische landen (Beshai, Clark, & Dobson, 2013). Studies in de Verenigde Staten hebben aangetoond dat bij niet-westerse allochtonen met verschillende angststoornissen, CGT een algemeen positief effect heeft gehad. De resultaten waren zelfs te vergelijken met CGT uitkomsten van Europese-Amerikanen (Voss Horrell, 2008; Carter, Mitchell & Sbrocco, 2012). De niet-westerse allochtonen in de Verenigde Staten zijn echter beter geïntegreerd in de cultuur van de Verenigde Staten dan allochtonen uit niet-westerse landen in Nederlandse cultuur geïntegreerd zijn (Salem, 2013). Naar aanleiding van de geringe kennis over de effecten van CGT bij allochtonen uit niet-westerse landen in Nederland deden Rijkeboer, van den Hout, Kamps, Dijkstra & Cath (2013) onderzoek naar het verschil in effectiviteit van CGT bij een angststoornis tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen. In deze studie werd een populatie gebruikt van 196 autochtonen en 37 niet-westerse allochtonen die in behandeling waren voor een angststoornis bij Altrecht. Uit deze studie bleek dat de niet-westerse allochtonen met een angststoornis evengoed, zo niet beter, reageren op een CGT behandeling. Aan het begin van de studie scoorden de niet-westerse allochtonen hoger op verschillende angstscales dan de autochtonen, aan het einde van de studie scoorden de niet-westerse allochtonen nog steeds hoger op de angstscales. Echter, de angst bij beide onderzoeksgroepen was even sterk afgenomen. Een opmerkelijk verschil zit er in het drop-out percentage. De niet-westerse allochtonen hadden namelijk een drop-out percentage van 40,5% en de autochtonen hadden een drop-out percentage van 22,4%.

Een andere Nederlandse studie onderzocht de prevalentie verschillen van co morbide angst - en depressieve stoornissen tussen 391 eerste en tweede niet-westerse allochtonen (205 Turks-Nederlandse allochtonen en 186 Marokkaans-Nederlandse allochtonen) en 307 autochtonen in een willekeurige bevolkingsteekproef in Amsterdam. Uit deze studie blijkt dat de prevalentie van co morbide angst -en depressieve stoornissen het hoogst was in Turks-Nederlandse allochtonen (9,8%), daarna volgen de Marokkaans-Nederlandse allochtonen (3,8%) en de

prevalentie was het laagst bij de autochtonen (2,3%) (Schier, Wit, Coupé, Fassaert, Verhoeff, Kupka, Dekker & Beekman, 2011). Een Zwitserse studie over 85 allochtonen en 34 autochtonen toonde aan dat gediagnosticeerde depressieve stoornissen bij allochtonen samengaan met een hogere co morbiditeit. Met name co morbiditeit met somatoforme -en angst stoornissen (Saraga, Gholam-Rezaee & Preisig, 2013).

In de studie van Rijkeboer et al. (2013) was er sprake van een hoge baseline meting in de mate van ernst van de angstklachten bij de niet-westerse allochtonen, dit zou erop kunnen wijzen dat de niet-westerse allochtonen, net als in de studie van Schier et al. (2011), een grotere co morbiditeit hebben. Een poging om het hoge percentage drop-outs van niet-westerse immigranten te verklaren zou kunnen liggen in de mate van co morbiditeit. Eén onderzoek, voor zover bekend is, beschrijft de relatie tussen co morbiditeit en drop-out. Dit gaat om een studie die zoekt naar redenen waarom mensen met een eetstoornis eerder stoppen met hun intramurale therapie. Eén van de redenen die genoemd wordt in het onderzoek is co morbiditeit met een persoonlijkheidsstoornis of zelftranscendentie dimensie (Phan-Scottet, Huas, Perez-Diaz, Norden, Divac, Dardennes, Speranze & Rouillon, 2012). Dat onderzoek werd weliswaar niet verricht bij angstpatiënten, maar geeft toch te denken.

Deze bevindingen lijden tot de volgende onderzoeksvragen:

1a). Is er bij de niet-westerse allochtone groep sprake van meer co morbiditeit dan bij de autochtone groep?

b). Als er sprake is van co morbiditeit, verschillen niet-westerse allochtonen en autochtonen dan in *aantal* co morbide aandoeningen?

2a). Hebben drop-outs vaker een co morbide aandoening dan niet drop-outs?

b). Is er verschil tussen *aantal* co morbide aandoeningen bij de drop-outs en niet drop-outs?

3a). Is de samenhang tussen drop-outs en co morbide aandoeningen groter bij de niet-westerse allochtonen dan bij de autochtonen? Anders gezegd, is het risico op drop-out, gegeven een co morbide stoornis, groter bij niet-westerse allochtonen dan bij autochtonen?

b). Als we vinden dat drop-outs meer co morbide stoornissen hebben dan niet drop-outs (2b), is dit verschil in aantal co morbide stoornissen dan groter voor de niet-westerse allochtonen vergeleken met de autochtonen

### 3. Methode

#### 3.1 Patiënten

In deze studie wordt de patiëntenpopulatie gebruikt van de studie van Rijkeboer et al. (2013). De patiëntenpopulatie bestaat uit patiënten die gediagnosticeerd zijn met een angststoornis. De patiënten zijn verwezen vanuit verschillende geestelijke gezondheid instellingen door huisartsen, klinisch psychologen of psychiaters naar het Altrecht Academisch Angstcentrum te Utrecht voor een verdere behandeling.

De oorspronkelijke steekproef bestond uit 302 poliklinische patiënten die tussen 2007 en 2011 een behandeling bij het Altrecht Academisch Angstcentrum waren begonnen. Van 47 patiënten ontbraken echter gegevens na de behandeling terwijl deze patiënten volgens de administratie van hun behandelaar de behandeling succesvol hadden afgerond. Er zijn twee redenen voor het ontbreken van deze gegevens. De behandelaren van deze 47 patiënten hebben de onderzoeksassistenten niet geïnformeerd om de metingen na de behandeling uit te voeren of de patiënten hebben niet gereageerd op het verzoek om de metingen na de behandeling te voltooien. Aangezien deze patiënten niet als drop-outs kunnen worden beschouwd, zijn ze verwijderd uit de huidige steekproef.

Omdat de studie zich richt op verschillen tussen westerse en niet-westerse patiënten, is er gestreefd naar het creëren van homogene groepen. Hierdoor werden er 22 allochtonen uitgesloten van de analyse: a) 10 patiënten die zijn geboren in voormalige Nederlandse kolonies, b) 5 patiënten die zijn geboren in niet-westerse landen die niet overwegend islamitisch zijn, c) 7 patiënten waarvan beide ouders in Marokko of Turkije zijn geboren, maar die zelf in Nederland geboren zijn.

De westerse groep bestaat uit 196 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 33,9 jaar met een standaarddeviatie van 10,2. In deze groep zitten 119 vrouwen (60,7%) en 77 mannen (39,3%) en 44 drop outs (22,4%). 183 patiënten (93,4) zijn geboren in Nederland en 13 patiënten (6,6) zijn niet in Nederland geboren, maar wel in westerse landen (voormalig Joegoslavië:  $n= 3$ ; België:  $n= 2$ ; Roemenië:  $n= 2$ ; Groot-Brittannië:  $n= 2$ ; Duitsland:  $n= 1$ ; Spanje:  $n= 1$ ; Rusland:  $n= 1$ ; Costa Rica:  $n= 1$ ).

De niet-westerse groep bestaat uit 37 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 35.2 jaar met een standaarddeviatie van 7.3. In deze groep zitten 22 vrouwen (59.5%) en 15 mannen (40.5%) en 15 drop outs (40.5%). In deze groep werden 22 patiënten in Marokko geboren, 4 in Irak, 4 in Iran, 2 in Turkije en 5 respectievelijk in Afghanistan, Algerije, Somalië, Syrië en Egypte.

### 3.2 Metingen van diagnose en co morbiditeit

Om hoofd-diagnoses en co morbide stoornissen vast te stellen werd de Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-1) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) afgenomen. De SCID-1 wordt afgenomen doormiddel van een gestructureerd interview wat 292 vragen bevat. Deze vragen zijn gegroepeerd naar diagnose. Alle afzonderlijke DSM-VI criteria voor de belangrijkste psychiatrische stoornissen worden gescoord als afwezig, twijfelachtig of aanwezig (Pearson, 2014).

### 3.3 Procedure

Nadat de patiënten waren verwezen door de huisartsen, klinische psychologen en psychiaters en zo bij het Altrecht Academisch Angstcentrum terecht kwamen, werden de patiënten geïnterviewd. Tijdens deze interviews werd ook de SCID-1 afgenomen. Na het interview en de vragenlijsten werden patiënten toegewezen aan groepstherapie of individuele therapie op basis van de beschikbare mogelijkheden. Negen van de tien patiënten kreeg een individuele behandeling. Wanneer de therapeut en de patiënt beide tevreden waren met de behaalde resultaten werd de therapie gestopt en werd de patiënt als “niet drop-out” gezien. Wanneer de therapie werd gestopt zonder dat er tevredenheid was bereikt met de resultaten vanuit de therapeut en patiënt werd de patiënt als “drop-out” gezien.

### 3.4 Statische analyse

Om de autochtonen van de niet-westerse allochtonen te scheiden werden er twee groepen gemaakt. Daarna werden bij de niet-westerse allochtonen en autochtonen bepaald of er sprake was van co morbiditeit en zo ja, hoeveel co morbide stoornissen ze hadden. Als een patiënt twee of meer diagnoses had gekregen, was er sprake van co morbiditeit. Daarna werd er nog onderscheid gemaakt in drop-out of niet drop-out. Om te bepalen bij welke groep (niet-westerse allochtonen : autochtonen, drop-outs : niet drop-outs) er sprake was van de meeste co morbide aandoeningen werd er een Chi-Square analyse uitgevoerd. Daarnaast werd de ODDS ratio berekend. Om het verschil in aantallen te berekenen werd een independent sample t-test uitgevoerd. Als laatste werden een Chi-Square analyse uitgevoerd en de ODDS ratio berekend om het risico op drop-outs te berekenen bij niet-westerse allochtonen en autochtonen die een co morbide stoornis hebben.

## 4. Resultaten

4.1 Is er bij de niet-westerse allochtone groep sprake van meer co morbiditeit dan bij de autochtone groep?

De Chi-Square test laat geen significant verschil zien in co morbiditeit tussen de niet-westerse allochtonen en autochtonen. Gekeken naar de ODDS ratio is er wel een grotere kans op co morbiditeit bij de niet-westerse allochtonen groep, maar dus niet significant. Zie tabel 1.

Tabel 1 Pearson Chi-Square en ODDS ratio voor co morbiditeit bij autochtonen en niet-westerse allochtonen

	Autochtonen	Niet-westerse allochtonen
Geen co morbiditeit	38	4
Wel co morbiditeit	158	33
Totaal	196	37
Pearson Chi-Square		0.213
ODDS ratio		1.984

4.2. Als er sprake is van co morbiditeit, verschillen niet-westerse allochtonen en autochtonen dan in aantal co morbide aandoeningen?

In de co morbiditeit groep verschillen niet-westerse allochtonen in aantal co morbide stoornissen niet significant ( $p= 0.275$ ) van de autochtonen.

4.3 Hebben drop-outs vaker een co morbide aandoening dan niet drop-outs?

De Chi-Square test laat geen significant verschil zien in co morbiditeit tussen de niet drop-outs en de drop-outs. De ODDS ratio laat zien dat er wel een grotere kans is op co morbiditeit bij de drop-outs, maar die kans is niet significant. Zie tabel 2.

Tabel 2 Pearson Chi-Square en ODSS ratio voor co morbiditeit bij niet drop-outs en drop-outs

	Niet drop-out	Drop-out
Geen co morbiditeit	32	10
Wel co morbiditeit	142	49
Totaal	174	59
Pearson Chi-Square		0.803
ODDS ratio		1.104



4.4 Is er verschil tussen *aantal* co morbide aandoeningen bij de drop-outs en niet drop-outs? In de co morbide groep verschillen niet drop-outs niet significant (0.641) in aantal co morbide stoornissen van de drop-outs.

4.5 Is de samenhang tussen drop-outs en co morbide aandoeningen groter bij de niet-westerse allochtonen dan bij de autochtonen? Anders gezegd, is het risico op drop-out, gegeven een co morbide stoornis, groter bij niet-westerse allochtonen dan bij autochtonen?

De Chi-Square test laat geen significant verschil zien, in de co morbiditeit groep, in risico op drop-out bij niet-westerse allochtonen en autochtonen. De ODDS ratio laat zien dat er wel een groter risico is op drop-out bij de niet-westerse allochtonen, maar dat risico is niet significant. Zie tabel 3.

Tabel 3 Pearson Chi-Square en ODDS ratio, in de co morbiditeit groep, voor het risico op drop-out bij de niet-westerse allochtonen en de autochtonen

(Co morbiditeit groep)	Niet drop-out	Drop-out
Autochtonen	121	37
Niet-westerse allochtonen	21	12
Totaal	142	49
Pearson Chi-Square		0.121
ODDS ratio		1.869

## 5. Discussie

Reden om deze studie te doen was de bevinding van Rijkeboer et al. (2014) dat niet-westerse allochtonen angst patiënten meer drop-out vertonen dan autochtonen angst patiënten. In deze studie werd getracht hier een mogelijke verklaring voor te vinden.

De eerste onderzoeksvraag luidde of er bij de niet-westerse allochtonen sprake was van meer co morbiditeit dan bij autochtonen. Hoewel de kans dat niet-westerse allochtonen meer co morbiditeit hebben iets groter lijkt, zijn de verschillen niet significant. Onderzoeksvraag 1b luidde of er verschillen in aantal co morbide aandoeningen waren tussen niet-westerse

allochtonen en autochtonen. Niet-westerse allochtonen verschillen niet significant in aantal co morbide stoornissen in vergelijking met autochtonen.

De tweede onderzoeksvraag luidde of drop-outs vaker een co morbide aandoeningen hebben dan niet drop-outs. De kans voor drop-outs om een co morbide stoornis te hebben, is niet significant groter. Onderzoeksvraag 2b luidde of er verschil is tussen het aantal co morbide aandoeningen bij drop-outs en niet-drop-outs. Er is geen significant verschil gevonden in aantal co morbide aandoeningen tussen de drop-outs en niet drop-outs.

Het antwoord op de derde onderzoeksvraag, of er een groter risico op drop-out is, gegeven een co morbide stoornis, bij niet-westerse allochtonen in vergelijking met autochtonen, is ontkennend. Dat wil zeggen het verschil is niet significant. Onderzoeksvraag 3b luidde als er gevonden wordt dat drop-outs meer co morbide stoornissen hebben dan niet drop-outs, is dit verschil in aantal co morbide stoornissen dan groter voor de niet-westerse allochtonen vergeleken met de autochtonen. Deze onderzoeksvraag is onbeantwoord gebleven omdat er niet aan de voorwaarde werd voldaan dat drop-outs significant meer co morbide stoornissen hebben dan niet drop-outs

Opvallend is dat er wel een grotere kans is op meer co morbiditeit bij niet-westerse allochtonen dan bij autochtonen en een grotere kans op co morbiditeit bij drop-outs dan niet drop-outs, maar dat deze kansen niet significant zijn. Een reden hiervoor zou kunnen dat de niet-westerse allochtonen populatie ( $n= 37$ ) relatief klein is.

Omdat er geen significant onderbouwde verklaring voor het verhoogde drop-out percentage bij niet-westerse allochtonen is gevonden, is het belangrijk om voor het verhoogde drop-out percentage bij niet-westerse allochtonen in toekomstig onderzoek een verklaring te vinden. Kwalitatief onderzoek zou verricht kunnen worden om na te gaan wat de redenen waren van niet-westerse allochtonen om vroegtijdig te stoppen met hun behandeling. Verklaringen die uit het kwalitatief onderzoek komen zouden gebruikt kunnen worden om preventief drop-out tegen te gaan. Hierdoor zal de therapie kwaliteit verbeterd kunnen worden.

## **6. Literatuur**

Beshai, S., Clark, C.M., & Dobson, K.S. (2013). Conceptual and pragmatic considerations in the use of cognitive-behavioral therapy with Muslim clients. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 197-206.

- Carter, M.M., Mitchell, F.E., & Sbrocco, T. (2012). Treating ethnic minority adults with anxiety disorders: Current status and future recommendations. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 488-501.
- 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.
- Does, A.J.W. van der (2002). *BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory-2nd edition*. Lisse: Harcourt Test Publishers.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1997
- 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.
- Meekeren, E., Limburg-Okken, A., & May, R. (2002). *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom
- Pearson (2014). SCID-1. Opgehaald op 15-05, 2014, <http://www.pearsonclinical.nl/scid-i>.
- Phan-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Norden, C., Divac, S., Dardennes, R., Speranze, M. & Rouillon, F. (2012). Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment? *The role of personality factors. The journal of nervous and mental disease, 200*, 807-813.
- Rijkeboer, M. M., van den Hout, M. A., Kamps, M., Dijkstra, H. & Cath, D.C., (2013). Effects of Cognitive Behavior Therapy in anxiety disordered patients with Caucasian and Islamic backgrounds.

- Saraga, M., Gholam-Rezaee, M. & Preisig, M.(2013). Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: *Putting psychopathology in context. Journal of affective disorders, 151*, 795-799.
- Schier, A.C., Wit, M.A.S., Coupé, V.M.H., Fassaert, T., Verhoeff, A.P., Kupka, R.W., Dekker, J.D. & Beekman, A.T.B. (2011). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands. *International journal of social psychiatry, 58*(2), 186-194.
- Struijs, A., & Wennink, H.J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/ Zoetermeer: Trimbos-instituut en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Salem, J.M. (2013). Citizenship and religious expression in the West: A comparative analysis of experiences of Muslims in France, Germany, and the USA. *Journal of Muslim Minority Affairs, 33*, 77-92.
- 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.