



Universiteit Utrecht

Masteronderzoek 2011/ 2012

Cognitieve gedragstherapie van angststoornissen.

**Onderzoek naar de onafhankelijke bijdrage van angstgevoeligheid en
neuroticisme aan de effectiviteit van de therapie.**

Daniëlle Kraaijeveld

Universiteit:	Universiteit Utrecht
Studiepad:	Klinische- en Gezondheidspsychologie
Onder begeleiding van:	Prof. dr. Hout, M.A. van den
Datum:	7 juli 2012

Abstract

There is a high prevalence of anxiety disorders in today's society. Former research suggests that the personality traits of anxiety sensitivity and neuroticism play a role in the development and treatment of anxiety disorders. This research will test whether a higher measure of anxiety sensitivity and neuroticism preceding therapy go together with a less effective cognitive-behavioral therapy (CBT), in other words, a smaller decrease of complaints during the therapy. It will also be tested whether the predictive value of anxiety sensitivity for the effectiveness of CBT is independent from neuroticism. The last hypothesis that will be tested is whether a higher measure of anxiety sensitivity and neuroticism preceding therapy go together with a higher measure of drop-out. This research has been carried out amongst patients of the Academic Anxiety Centre Altrecht (AAA) ($n = 183$) between the ages of 18 and 59 years ($M = 35.0$, $SD = 10.1$). The results showed that neither a higher measure of anxiety sensitivity, nor a higher measure of neuroticism preceding therapy goes together with a less effective therapy. Because the relationship failed to be established, the hypothesis that the predictive value of anxiety sensitivity for the effectiveness of CBT is independent from neuroticism became irrelevant. Eventually it appeared that a higher measure of anxiety sensitivity or neuroticism doesn't relate to a higher measure of drop-out during therapy. Current research point out that a higher measure of anxiety sensitivity and neuroticism are related neither to a less effective treatment of anxiety disorders, nor to a larger drop-out during therapy.

Keywords: anxiety disorders, cognitive-behavioral therapy, anxiety sensitivity, neuroticism, drop-out

Samenvatting

Er is een hoge prevalentie van angststoornissen in de huidige samenleving. Eerder onderzoek suggereert dat de persoonlijkheidseigenschappen angstgevoeligheid en neuroticisme een rol spelen bij het ontstaan en de behandeling van angststoornissen. In dit onderzoek zal getoetst worden of een hogere mate van mate van angstgevoeligheid en neuroticisme voorafgaand aan de therapie samengaan met een minder effectieve cognitieve gedragstherapie (CGT), oftewel een kleinere daling van klachten tijdens de therapie. Daarnaast zal worden getoetst of de voorspellende waarde van angstgevoeligheid voor de effectiviteit van CGT onafhankelijk is van neuroticisme. De laatste hypothese die wordt onderzocht is of een hogere mate van

angstgevoeligheid en neuroticisme voorafgaand aan de therapie samenhangen met een hogere mate van drop-out. Het onderzoek is uitgevoerd onder patiënten van het Academisch Angstcentrum Altrecht (AAA) (n = 183) met een leeftijd tussen de 18 en 59 jaar (M = 35.0, SD = 10.1). Uit de resultaten bleek dat noch een hogere mate angstgevoeligheid, noch een hogere mate van neuroticisme voorafgaand aan therapie samengaan met een minder effectieve therapie. Vanwege het uitblijven van deze verbanden is de hypothese dat de voorspellende waarde van angstgevoeligheid voor de effectiviteit van CGT onafhankelijk is van neuroticisme irrelevant geworden. Tot slot bleek dat een hogere mate van angstgevoeligheid of neuroticisme niet samenhangt met een hogere mate van drop-out tijdens de therapie. Huidig onderzoek toont dus aan dat een hogere mate van angstgevoeligheid en neuroticisme noch gerelateerd zijn aan een minder effectieve behandeling van angststoornissen, noch aan een grotere uitval gedurende de therapie.

Steekwoorden: angststoornissen, cognitieve gedragstherapie, angstgevoeligheid, neuroticisme, drop-out

Inleiding

Psychische klachten, waaronder angstklachten, staan wereldwijd in de top 4 van meest voorkomende ziekten (Graaf, Have & Dorsselaer, 2010). In Nederland werd in 2007 de prevalentie van angststoornissen binnen de volwassen populatie geschat op bijna 1.1 miljoen. Jaarlijks krijgt 3.1% van de volwassen bevolking een angststoornis: 4.6% van de vrouwen en 1.6% van de mannen (RIVM, 2011). De klachten die gepaard gaan met een angststoornis kunnen grote nadelige gevolgen hebben voor zowel de persoon zelf als voor de omgeving. Ook op maatschappelijk niveau zijn de gevolgen groot. Zo liepen de kosten voor de zorg voor angststoornissen in 2005 op tot bijna 286 miljoen euro (RIVM, 2011). Vroegtijdige effectieve behandeling van angststoornissen is dan ook van groot belang. Hiervoor is het noodzakelijk dat er informatie beschikbaar is over de determinanten van deze klachten, zodat risicogroepen kunnen worden onderscheiden en er tijdens de behandeling meer gericht te werk kan worden gegaan (Graaf et al., 2010).

Neuroticisme en relatie met CGT

Eén van de determinanten die een rol speelt bij het ontstaan van angststoornissen is de persoonlijkheidseigenschap neuroticisme, oftewel de algemene tendens om angstig te

reageren op potentieel angst-uitlokkende prikkels (McWilliams & Cox, 2008; Muris, Smidt, Merckelbach & Schouten, 2001). Hoewel in onderzoek verschillende termen worden gebruikt om deze eigenschap te beschrijven, zoals ‘*trait-anxiety*’, ‘emotionele instabiliteit’, ‘negatief affect’ en ‘*anxiety proneness*’, kunnen deze termen onder één noemer worden geschaard (Larsen & Buss, 2008). In huidig onderzoek wordt gebruik gemaakt van de term neuroticisme. Eerder onderzoek toont aan dat persoonlijkheidseigenschappen van invloed zijn op de mate van angst en angststoornissen. Zo gaat de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis samen met ernstigere as-1 problematiek, waaronder angststoornissen, en een slechtere prognose (Dreessen, Arntz, Lutjels & Sallaerts, 1994). Ook specifiek onderzoek naar neuroticisme toont aan dat een hogere mate van neuroticisme sterk gerelateerd is aan het ontwikkelen van angststoornissen (Bienvenu et al., 2004; Muris et al., 2001; Smidt, Mitchell & Richey, 2008) en aan het hebben van comorbide angst- en depressieve klachten (Bienvenu & Stein, 2003).

Naast de rol van neuroticisme bij het ontwikkelen van angststoornissen, is deze persoonlijkheidseigenschap ook van belang bij de behandeling van angststoornissen. Uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie (CGT), waarbij concreet en probleem-specifiek te werk gegaan wordt, een effectieve behandeling is voor angststoornissen (Compton, 2004; Otto, Smits & Reese, 2004). Eerder onderzoek leek aan te tonen dat de werkzaamheid van CGT samenhangt met persoonlijkheid. Zo toonden Weertman, Arntz, Schouten en Dreessen (2005) aan dat CGT bij angststoornissen iets minder effectief zou zijn voor mensen met een één of meerdere comorbide persoonlijkheidsstoornissen. Meer specifiek vonden Schuurmans et al. (2009) dat een hogere mate van neuroticisme voorafgaand aan de therapie voorspellend is voor kleinere vooruitgang tijdens en na de CGT. Echter blijkt uit ander onderzoek dat hoewel individuen met persoonlijkheidsproblematiek gemiddeld meer klachten hebben na behandeling, de daling van klachten tijdens de therapie gelijk is voor mensen met een lage en hoge mate van persoonlijkheidsproblematiek (Dreessen et al., 1994; Dreessen & Arntz, 1998; Van den Hout, Brouwers & Oomen, 2005). Specifiek voor neuroticisme vonden Van den Hout et al. (2005) zelfs een iets groter effect van CGT bij individuen die hoog scoorden op neuroticisme. Dit onderzoek toont dus aan dat CGT niet minder effectief is voor individuen met een hoge mate van neuroticisme, maar dat het hogere klachtniveau ná de therapie wordt veroorzaakt door het hogere klachtniveau vóór de therapie. De daling van klachten gedurende de therapie zou in dit geval onafhankelijk zijn van de mate van neuroticisme.

Angstgevoeligheid en relatie met CGT

Naast neuroticisme speelt ook de persoonlijkheidseigenschap ‘angstgevoeligheid’ een rol in de ontwikkeling van angststoornissen en de behandeling van deze stoornissen (Olantunji & Wolitzky-Taylor, 2009). Hoewel er discussie is over de relatie tussen neuroticisme en angstgevoeligheid, wordt angstgevoeligheid veelal benaderd als een subdimensie van neuroticisme (Bienvenu et al., 2004; Larsen & Buss, 2008; Lilienfeld, 1997). Waar er bij de hogere orde eigenschap ‘neuroticisme’ een algemene tendens bestaat om angstig te reageren op potentieel angst-uitlokkende prikkels, bestaat er bij de lagere orde eigenschap ‘angstgevoeligheid’ een specifieke tendens om angstig te reageren op de eigen angst en angstgerelateerde sensaties (Muris et al., 2001). De angst voor angstgerelateerde sensaties komt voort uit het idee dat deze sensaties schadelijke fysieke, psychologische of sociale consequenties hebben (Olantunji & Wolitzky-Taylor, 2009).

Er bestaan individuele verschillen in de mate van angstgevoeligheid. Deze verschillen lijken het gevolg van een combinatie van genen en leerervaringen (Broman-Fulks et al., 2010; Olantunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Smits, Powers, Cho & Telch, 2004; Stein, Jang & Livesley, 1999) en zijn gerelateerd aan de etiologie van angststoornissen en hun behandeling. Zo blijkt uit een review van Olantunji & Wolitzky-Taylor (2009) dat een hogere mate van angstgevoeligheid samengaat met een groter risico op de ontwikkeling van angstklachten en angststoornissen, zoals paniekstoornis, post-traumatische stressstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis en obsessief compulsieve stoornis. Ook experimenteel prospectief onderzoek, waarin participanten oftewel een interventie ter reductie van angstgevoeligheid, oftewel een controle interventie ondergingen, wijst op de rol van angstgevoeligheid in de ontwikkeling van angstklachten (Smidt et al., 2008). Daarnaast werd een hogere mate van angstgevoeligheid gevonden onder angstpatiënten vergeleken met een niet klinische controlegroep (Deacon & Abramowitz, 2006; Olantunji & Wolitzky-Taylor, 2009). De rol van angstgevoeligheid wordt voornamelijk teruggevonden bij patiënten die lijden aan een paniekstoornis (Deacon & Abramowitz, 2006; Muris et al., 2001; Olantunji & Wilizky-Taylor, 2009; McNally in Rapee, 1996; ; Smidt et al., 2008; Taylor et al., 1992). Deze bevinding is niet verwonderlijk, aangezien angstgevoeligheid (angst voor angstgerelateerde sensaties) gezien zou kunnen worden als een eigenschap die predisponeert tot de cognitieve misinterpretaties die kenmerkend zijn voor patiënten met paniekstoornis. De angst voor angstgerelateerde sensaties zou bij patiënten met een paniekstoornis tot uiting kunnen komen in de angst voor lichamelijke sensaties en de angst dat deze sensaties een voorbode zijn van een catastrofe (Taylor, 1992).

Naar het effect van de mate van angstgevoeligheid voorafgaand aan de therapie op de effectiviteit van de behandeling is nog niet eerder onderzoek gedaan. Wel wordt in eerder onderzoek gevonden dat de afname van angstgevoeligheid tijdens de behandeling een mediërende rol heeft tussen CGT en de afname van angstsymptomen (Lilienfeld in Rapee, 1996; Smits et al., 2008). Zo vonden Smits et al. (2004) dat CGT bij paniekstoornis leidt tot de afname van agorafobie en de ernst en frequentie van paniekaanvallen en dat deze verbetering gedeeltelijk verliep via de afname van angstgevoeligheid. De relatie tussen CGT en de afname van algemeen lijden werd zelfs volledig gemedieerd door de afname van angstgevoeligheid tijdens de behandeling. Ander onderzoek toont aan dat de afname van angstgevoeligheid ook de relatie tussen CGT en de afname van panieksymptomen volledig medieert (Olantunji & Wolitzky-Taylor, 2009). CGT zorgt dus voor een afname van angstgevoeligheid, waardoor vervolgens panieksymptomen afnemen of zelfs kunnen worden voorkomen (Olantunji & Wolitzky-Taylor, 2009).

De bovenstaande afname van symptomen, die verloopt via de afname van angstgevoeligheid, wordt vooral teruggevonden bij paniekstoornis. Echter zou deze eigenschap ook bij de behandeling van andere angststoornissen een rol kunnen spelen, aangezien angstgevoeligheid ook bij andere angststoornissen een rol speelt (Smits et al., 2004). De mediërende rol van de afname van angstgevoeligheid tussen CGT en de afname van klachten is geen directe onderbouwing voor een minder effectieve behandeling bij een hoge mate van angstgevoeligheid voorafgaand aan de therapie, maar wijst wel op het belang van deze eigenschap in de behandeling

Onafhankelijke voorspellende waarde van angstgevoeligheid en neuroticisme en betekenis voor behandeling

Hoewel neuroticisme en angstgevoeligheid beide een rol spelen in de ontwikkeling van angststoornissen en met name de mate van afname van angstgevoeligheid een rol zou kunnen spelen in de behandeling van deze stoornissen, is tot op heden geen volledige consensus bereikt over de relatie tussen neuroticisme en angstgevoeligheid. Enerzijds bestaat er bewijs voor een nauwe relatie tussen neuroticisme en angstgevoeligheid. Zoals eerder besproken, wordt het onderscheid tussen neuroticisme en angstgevoeligheid tot uitdrukking gebracht in de vatbaarheid voor respectievelijk angststressoren en angstsymptomen. Lilienfeld (in Rapee, 1996) trekt echter in twijfel of hier wel sprake is van twee verschillende constructen. Individuen met een hoge mate van neuroticisme interpreteren namelijk verschillende ambiguë stimuli, waaronder ook hun eigen angst en angstsymptomen, als bedreigend. Het additieve

construct angstgevoeligheid zou in dit geval overbodig zijn om de vrees voor angst te verklaren. Anderzijds blijkt uit onderzoek dat een hoge mate van angstgevoeligheid samengaat met angstig reageren op lichamelijke sensaties en dat dit niet verklaard kan worden door een hoge mate van neuroticisme (McNally in Rapee, 1996). Verder blijkt dat neuroticisme en angstgevoeligheid onafhankelijk van elkaar een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van vrees, paniekaanvallen, paniekstoornis en andere angststoornissen (Lilienfeld, 1997; Muris et al., 2001; Olantunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Smidt et al., 2008; Taylor et al., 1992). Hoewel onderzoek dus aantoont dat angstgevoeligheid naast neuroticisme een toegevoegde bijdrage levert in het voorspellen van angststoornissen, is dit niet voldoende bewijs om te bepalen of neuroticisme en angstgevoeligheid twee verschillende constructen zijn (Lilienfeld in Rapee, 1996). Als oplossing voor dit debat wijst Lilienfeld (1998) op een hiërarchische constructie, waarin angstgevoeligheid wordt benaderd als een sub-dimensie van neuroticisme.

Waar er veel onderzoek is gedaan naar het onderscheid tussen neuroticisme en angstgevoeligheid en hun voorspellende waarde voor angststoornissen, wordt de rol hiervan in de behandeling nog niet veel teruggevonden in de literatuur. Eerder onderzoek wijst op een (gedeeltelijke) onafhankelijke bijdrage van neuroticisme en angstgevoeligheid aan de variantie in klachten (Lilienfeld, 1997; Lilienfeld, 1998; McNally in Rapee, 1996; Muris et al., 2001; Olantunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Smidt et al., 2008; Taylor et al., 1992) en dat wekt de verwachting dat de bijdrage van angstgevoeligheid ook in de behandeling van angstklachten onafhankelijk is van neuroticisme.

Drop-out

Zoals eerder beschreven, is CGT mogelijk minder effectief bij een hoge mate van angstgevoeligheid. Deze verlaagde effectiviteit zou onder andere beïnvloed kunnen worden door de mate van drop-out tijdens de behandeling. Drop-out wordt door Bados, Balaguer en Saldaña (2007) gedefinieerd als het stoppen van de behandeling zonder instemming van de therapeut en zorgt uiteraard voor een lagere effectiviteit van de behandeling. De mate van drop-out is aan verschillende variabelen gerelateerd, zoals een lage motivatie en ontevredenheid met de behandeling of therapeut. Verder vindt de meeste uitval plaats aan het begin van de behandeling (Bados et al., 2007). Persoonlijkheidsproblematiek bleek in twee onderzoeken niet samen te gaan met een hogere mate van drop-out tijdens de behandeling (Dreessen et al., 1994; Weertman et al., 2005). Ook angstgevoeligheid lijkt geen verband te houden met de mate van drop-out (Smits et al., 2008). De resultaten uit dit laatste onderzoek

zijn echter slecht te generaliseren naar de klinische praktijk, aangezien het onderzoek plaatsvond onder een homogene groep participanten die bovendien vrijwillig deelnam aan het onderzoek, waardoor er sprake was van selectieve uitval.

Hypothesen

Uit bovenstaande literatuur is gebleken dat neuroticisme en angstgevoeligheid mogelijk onafhankelijk van elkaar een rol spelen in de effectiviteit van CGT bij angststoornissen. De effectiviteit van CGT wordt hier gedefinieerd als de daling tussen begin en einde van de behandeling van algemene psychische klachten, angst- en fobische klachten en klachten in algemeen functioneren. Op grond hiervan zijn vier hypothesen opgesteld. Ten eerste wordt verwacht dat een hogere mate van neuroticisme voorafgaand aan de behandeling samenhangt met een lagere effectiviteit van CGT bij angststoornissen. De tweede hypothese is dat een hogere mate van angstgevoeligheid voorafgaand aan de behandeling samenhangt met een lagere effectiviteit van CGT bij angststoornissen. Als derde wordt verwacht dat de voorspellende waarde van angstgevoeligheid op de effectiviteit van CGT bij angststoornissen onafhankelijk is van neuroticisme. De laatste hypothese is dat een hogere mate van angstgevoeligheid of neuroticisme voorafgaand aan de behandeling samenhangt samen met een hogere mate van drop-out.

Methode

Participanten

Dit onderzoek vond plaats onder 183 cliënten van het Academisch Angstcentrum Altrecht (AAA). De gemiddelde leeftijd van de participanten was 35.0 jaar ($SD = 10.1$), met een minimum van 18 jaar en een maximum van 59 jaar. Zie tabel 1.1a voor de demografische gegevens van de participanten en tabel 1.1b en 1.1c voor de demografische gegevens uitgesplitst naar respectievelijk angstgevoeligheid en neuroticisme. Binnen het AAA worden cliënten behandeld die zijn doorverwezen vanuit eerstelijns of andere tweedelijns GGZ-instellingen. De uitsluitcriteria voor behandeling bij het AAA zijn minder nauw dan bij andere instellingen, want iedere aanmelding wordt in behandeling genomen.

Tabel 1.1a. Demografische gegevens van de algemene steekproef.

Demografische gegevens	N	Leeftijd (SD)
<i>Geslacht</i>		
1.1 Man	67	35.6 (10.1)
1.2 Vrouw	116	34.6 (10.2)
1.3 Totaal	183	35.0 (10.1)
<i>Opleiding</i>		
2.1 Lager onderwijs	59	37.7 (10.4)
2.2 Middelbaar onderwijs	70	31.4 (9.92)
2.3 Hoger onderwijs	54	36.6 (8.84)
<i>Medicijnen</i>		
3.1 SSRI	70	35.6 (10.0)
3.2 Benzodiazepine	10	39.0 (11.2)
3.3 SSRI en Benzodiazepine	16	37.9 (9.80)

Tabel 1.1b. Demografische gegevens uitgesplitst naar een lage en hoge mate van angstgevoeligheid.

Demografische gegevens	Angstgevoeligheid laag		Angstgevoeligheid hoog	
	N	Leeftijd (SD)	N	Leeftijd (SD)
<i>Geslacht</i>				
1.1 Man	30	36.3 (10.2)	37	35.1 (10.2)
1.2 Vrouw	59	35.3 (11.1)	57	33.8 (9.15)
1.3 Totaal	89	35.6 (10.7)	94	34.3 (9.55)
<i>Opleiding</i>				
2.1 Lager onderwijs	28	37.1 (11.4)	31	38.2 (9.63)
2.2 Middelbaar onderwijs	28	32.3 (11.5)	42	30.8 (8.83)
2.3 Hoger onderwijs	33	37.2 (9.07)	21	35.5 (8.59)
<i>Medicijnen</i>				
3.1 SSRI	35	37.1 (10.6)	35	34.1 (9.32)
3.2 Benzodiazepine	5	37.4 (13.8)	5	40.6 (9.34)
3.3 SSRI en Benzodiazepine	7	43.3 (8.79)	9	33.7 (8.76)

Tabel 1.1c. Demografische gegevens uitgesplitst naar een lage en hoge mate van neuroticisme.

Demografische gegevens	Neuroticisme laag		Neuroticisme hoog	
	N	Leeftijd (SD)	N	Leeftijd (SD)
<i>Geslacht</i>				
1.1 Man	36	33.9 (9.94)	31	37.6 (10.2)
1.2 Vrouw	58	34.4 (9.76)	58	34.8 (10.6)
1.3 Totaal	94	34.2 (9.78)	89	35.8 (10.5)
<i>Opleiding</i>				
2.1 Lager onderwijs	28	35.6 (10.6)	31	39.6 (10.1)
2.2 Middelbaar onderwijs	36	32.1 (10.3)	34	30.7 (9.65)
2.3 Hoger onderwijs	30	35.4 (8.11)	24	38.0 (9.66)
<i>Medicijnen</i>				
3.1 SSRI	32	34.6 (9.97)	38	36.5 (10.1)
3.2 Benzodiazepine	6	37.2 (10.7)	4	41.8 (13.1)
3.3 SSRI en Benzodiazepine	4	38.8 (2.99)	12	37.6 (11.3)

Materialen en meetinstrumenten

Angstgevoeligheid en neuroticisme

De mate van angstgevoeligheid en neuroticisme wordt voorafgaand aan de behandeling bepaald aan de hand van twee vragenlijsten (ASI-3 en PANAS). De gemiddelde scores op deze vragenlijsten zijn in tabel 1.2 per hoofddiagnose weergegeven. Een uitgebreid overzicht met de comorbiditeit per hoofddiagnose is opgenomen in de bijlage (Bijlage 1).

Anxiety Sensitivity Index (ASI-3): De ASI-3 (Taylor et al., 2007) meet angstgevoeligheid aan de hand van 18 items op een vijfpuntsschaal (mogelijkheden; 0, 1, 2, 3, 4). Deze vragenlijst bestaat uit drie domeinen, namelijk; angst voor fysieke symptomen, angst voor verlies van cognitieve controle en angst voor publiekelijk zichtbare angstsymptomen. De psychometrische analyse van Taylor et al. (2007) laat zien dat de ASI-3 een betrouwbaar ($\alpha = .70$) en valide meetinstrument is.

Positive And Negative Affect Scale (PANAS): De PANAS is een vragenlijst van 20 items op een vijfpuntsschaal (mogelijkheden; 1, 2, 3, 4, 5), welke zowel positief als negatief affect meten (Watson, Clark & Tellegen, in Crawford & Henry, 2004). In huidig onderzoek wordt alleen de dimensie negatief affect meegenomen, aangezien hiermee volgens Watson,

Clark en Tellegen (1988) neuroticisme wordt gemeten. Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen laat zien dat de PANAS een betrouwbare ($\alpha=.89$) en valide meting is van affect (Crawford & Henry, 2004).

Tabel 1.2. Gemiddelde scores van angstgevoeligheid en neuroticisme per hoofddiagnose.

Hoofddiagnose	N	Angstgevoeligheid	Neuroticisme
		M (SD)	M (SD)
Paniekstoornis met agorafobie	50	1.56 (.864)	2.69 (.757)
Paniekstoornis zonder agorafobie	8	1.34 (.931)	2.54 (.758)
Obsessief compulsieve stoornis	31	1.16 (.671)	2.47 (.988)
Posttraumatische stressstoornis	24	1.17 (.965)	2.61 (.941)
Gegeneraliseerde angststoornis	20	1.02 (.547)	2.47 (.638)
Sociale fobie	34	1.54 (.670)	2.74 (.871)
Hypochondrie	9	1.39 (.854)	2.68 (.950)
Specifieke fobie	4	.667 (.716)	2.08 (.964)
Gilles de la Tourette	1	.278 (-)	2.30 (-)
NAO	2	1.25 (.196)	2.60 (.141)
Totaal	183	1.33 (.798)	2.60 (.838)

Uitkomstmaten

De effectiviteit van de behandeling wordt gemeten aan de hand van verschillende vragenlijsten. Deze meten de afname in algemene psychische klachten (BSI), angstklachten (BSI-Angst), fobische klachten (BSI-Fobie) en klachten in algemeen functioneren (OQ).

Brief Symptom Inventory (BSI): De BSI is een vragenlijst die is gericht op symptomen van psychopathologie (Derogatis, in de Beurs & Zitman, 2006). De BSI is een verkorte versie van de SCL-90 en bestaat uit 53 items, verdeeld over 9 schalen: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De scores op de dimensies geven een beeld van de aard van de klachten waar de patiënt aan leidt. Naast de score op de gehele vragenlijst ($\alpha=.96$), wordt in huidig onderzoek specifiek gekeken naar de score op de subschalen angst en fobische klachten. Zowel de angst subschaal ($\alpha=.87$) als de fobie subschaal ($\alpha=.81$) hebben een goede betrouwbaarheid (de Beurs en Zitman, 2006) Daarnaast heeft de BSI ook voldoende convergente en divergente validiteit (de Beurs & Zitman, 2006).

Outcome Questionnaire (OQ-45): De OQ-45 is een vragenlijst die wordt gebruikt voor het meten van het huidige functioneren, het behandelverloop en de vooruitgang door de behandeling (Jong, Nugter, Lambert, Burlingame, 2008). De vragenlijst bestaat uit 45 items op drie verschillende schalen, namelijk intrapsychisch functioneren (25 items), interpersoonlijk functioneren (11 items) en maatschappelijk functioneren (9 items). Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de Amerikaanse vragenlijst wijst op een hoge betrouwbaarheid ($\alpha=.93$) en een goede constructvaliditeit (Lambert et al., 1999). Voor de Nederlandse versie is de betrouwbaarheid ook voldoende, echter zijn er weinig gegevens bekend over de validiteit (Jong et al., 2008).

Procedure

De gegevens waarvan gebruik wordt gemaakt in huidig onderzoek, zijn afkomstig uit onderzoek van het AAA. Sinds medio 2007 wordt bij cliënten van het AAA onderzoek gedaan aan de hand van vragenlijsten, waarmee zowel aan het begin als aan het eind van de behandeling de algemene klachten en specifieke stoornissen uitgevraagd worden. Deze voor- en nametingen zijn onderdeel van de Routine Outcome Meting (ROM). Aan de hand van deze metingen wordt in huidig onderzoek de effectiviteit van de behandeling onderzocht. Voorafgaand aan het onderzoek wordt aan de cliënt informatie verstrekt over de inhoud en de duur van de vragenlijsten. Hierbij wordt het waarborgen van de anonimiteit van de gegevens benadrukt. Vervolgens worden de vragenlijsten afgenomen via Netquestionnaires (een online vragenlijstprogramma) op locatie bij het AAA. De afname van de algemene klachtenvragenlijsten duurt ongeveer een half uur. Hierna worden, afhankelijk van de uitkomst, direct of op een later tijdstip vervolgvragenlijsten afgenomen. Na afronding van de diagnostische fase vindt een cognitief gedragstherapeutische behandeling plaats volgens de multidisciplinaire richtlijnen voor angststoornissen. Wanneer zowel de cliënt als de therapeut tevreden zijn over het niveau van functioneren, wordt een afspraak gemaakt voor de laatste sessie en vindt de nameting plaats. Verder voert het AAA tussenmetingen uit, maar vanwege het grote aantal missende gegevens worden deze niet meegenomen in huidig onderzoek. Daarnaast zijn er ook follow-up metingen uitgevoerd, welke exploratief worden onderzocht in het huidige onderzoek.

Datapreparatie, design en data-analyse

De resultaten zullen worden geanalyseerd met behulp van het programma SPSS. Na het ompoolen van enkele items (1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37, 43) van de OQ-vragenlijst, worden per sessienummer (voormeting, nameting en follow-up) de gemiddelde scores op alle vragenlijsten berekend. Vervolgens zullen aan de hand van de gemiddelde scores de vershilscores op de uitkomstmaten (BSI, BSI-Angst, BSI-Fobie en OQ) worden berekend om de afname van klachten tijdens de therapie te bepalen. Verder wordt, voorafgaand aan het onderzoeken van de samenhang tussen neuroticisme en angstgevoeligheid enerzijds en de uitkomstmaten anderzijds, getoetst of er na de therapie een afname van klachten is bij de participanten die de therapie hebben afgerond.

De samenhang tussen zowel de PANAS als de ASI-3 enerzijds en de uitkomstmaten (BSI, BSI-Angst, BSI-Fobie en OQ) anderzijds wordt onderzocht met behulp van Pearson correlaties. Daarnaast is er een regressie uitgevoerd om te controleren voor de invloed van variabelen, zoals demografische gegevens en de score op de voormeting. Indien na controle voor de variabelen een samenhang wordt gevonden, zal een hiërarchische regressie-analyse worden uitgevoerd om te onderzoeken of de ASI-3 onafhankelijk van de PANAS zorgt voor een toevoeging op de verklaarde variantie in de verandering van de uitkomstmaten. Ook bij deze analyse wordt gecontroleerd voor de invloed van deze variabelen. Vervolgens wordt op basis van literatuur de PANAS toegevoegd, gevolgd door de ASI-3.

De bovenstaande analyses worden op twee manieren benaderd. Bij de eerste analyse, de *completers analysis*, wordt de afname van klachten gedurende de behandeling onderzocht bij individuen die een nameting hebben gehad. De tweede analyse is de *intention-to-treat analysis*. In deze analyse worden naast participanten die een nameting hebben, ook participanten meegenomen die tijdens de therapie zijn uitgevallen. Bij deze participanten is de nameting afwezig en is de waarde van de voormeting gelijk aan de waarde van de nameting (*last measurement carried forward*). De participanten die tijdens de behandeling zijn uitgevallen worden gedefinieerd als drop-out. Aan de hand van een ongepaarde t-toets wordt bepaald of de participanten met drop-out verschillen van de completers in de score op de ASI-3 en de PANAS. Tot slot zal exploratief onderzocht worden of er een verschil is in afname van klachten tussen de nameting en follow-up tussen participanten met een lage en hoge mate van angstgevoeligheid of neuroticisme. Dit onderscheid tussen hoog- en laagscorders op de ASI-3 en de PANAS wordt gemaakt aan de hand van de mediaan.

Resultaten

Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met angstproblematiek

Voorafgaand aan het onderzoek is er onderzocht of er een afname van klachten is bij de participanten die de therapie hebben afgerond ($n = 149$). Op alle vier de uitkomstmaten is een vooruitgang gevonden na de therapie. Ten eerste is er een afname van algemene klachten (gemeten aan de hand van de BSI) van $M = 1.18$ ($SD = .674$) naar $M = .687$ ($SD = .564$). Deze daling is significant, $t(148) = 11.1$, $p < .01$, $r^2 = .454$ ($r^2 = .01$ is een klein effect; $r^2 = .09$ is een middelmatig effect; $r^2 = .25$ is een groot effect (Cohen, 1988)). Daarnaast is er een afname van angstklachten (gemeten aan de hand van de BSI-angst) van $M = 1.64$ ($SD = .919$) naar $M = .874$ ($SD = .729$). Deze daling is tevens significant, $t(148) = 10.8$, $p < .01$, $r^2 = .441$. Ook de daling van fobische klachten (gemeten aan de hand van de BSI-fobie) van $M = 1.36$ ($SD = .990$) naar $M = .672$ ($SD = .673$) is significant, $t(148) = 9.89$, $p < .01$, $r^2 = .398$. Tot slot nemen de klachten in algemeen functioneren (gemeten aan de hand van de OQ) af na de therapie van $M = 1.65$ ($SD = .519$) naar $M = 1.30$ ($SD = .498$). Deze afname is significant, $t(148) = 9.72$, $p < .01$, $r^2 = .390$.

Samenhang tussen angstgevoeligheid en de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie

Ter toetsing van de eerste hypothese is onderzocht of een hogere mate van angstgevoeligheid voorafgaand aan de therapie samenhangt met een lagere effectiviteit van de behandeling. Voor de variabelen sekse, leeftijd, opleiding, medicijngebruik, aantal sessies en voormeting is getoetst of deze samenhangen met de scores op de uitkomstmaten. Voor de volgende variabelen werd een significante correlatie gevonden met de uitkomstmaten: aantal sessies, opleiding en voormeting. Derhalve is voor deze variabelen gecontroleerd. Bij de ITT is niet voor aantal sessies gecontroleerd, aangezien deze gegevens niet volledig waren.

Algemene klachtafname (BSI): Ten eerste bestaat er een positieve significante correlatie tussen angstgevoeligheid en algemene klachtafname gedurende de therapie, $r = .403$, $n = 149$, $p < .01$ (ITT: $r = .334$, $n = 183$, $p < .01$) (Tabel 2.1). Een hogere mate van angstgevoeligheid hangt, in tegenstelling tot de hypothese, samen met een grotere klachtafname. Angstgevoeligheid draagt voor 16.2% (ITT: 11.2%) bij aan de verklaarde variantie van de afname in algemene klachten, $R^2 = .162$ (ITT: $R^2 = .112$). Echter blijkt uit de regressie dat, na controle voor aantal sessies, opleiding en voormeting, er geen significant verband meer bestaat tussen angstgevoeligheid en de nameting van algemene klachten, $\beta = -.015$, $p = .870$ (Tabel 2.2a) (ITT, na controle voor opleiding en voormeting: $\beta = -.061$, $p =$

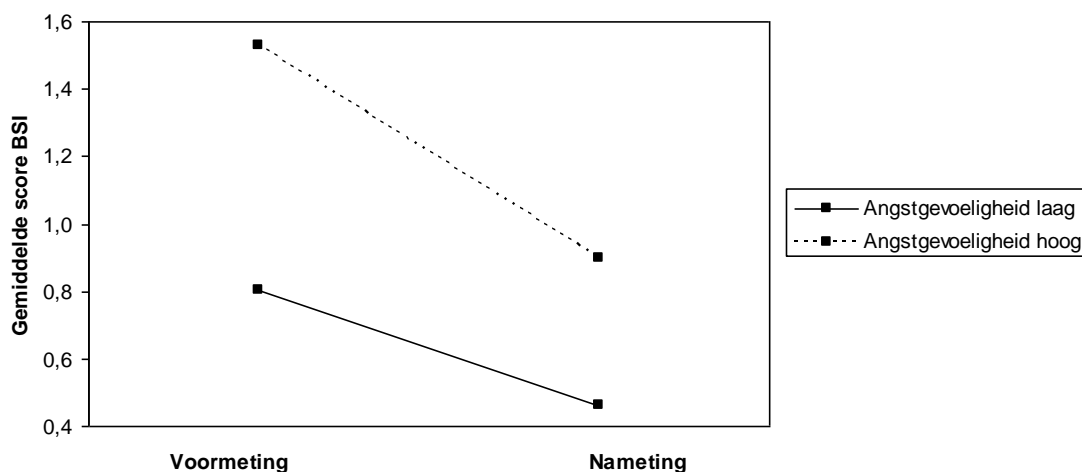
.455 (Tabel 2.2b)). Ook figuur 2.1a geeft de suggestie dat het effect van angstgevoeligheid op algemene klachten verdwijnt na controle voor de voormeting. Hoewel er een verschil is in scores op de voor- en nameting tussen participanten met een lage of hoge mate van angstgevoeligheid, is er een parallelle daling in klachten gedurende de therapie voor de groepen.

Afname in angstklachten (BSI-angst): Ten tweede bestaat er een positieve significante correlatie tussen angstgevoeligheid en afname in angstklachten gedurende de therapie, $r = .321$, $n = 149$, $p < .01$ (ITT: $r = .264$, $n = 183$, $p < .01$) (Tabel 2.1). Een hogere mate van angstgevoeligheid hangt, in tegenstelling tot de hypothese, samen met een grotere afname in angstklachten. Angstgevoeligheid draagt voor 10.3% (ITT: 6.97%) bij aan de verklaarde variantie van daling in angstklachten, $R^2 = .103$ (ITT: $R^2 = .070$). Echter blijkt uit de regressie dat, na controle voor aantal sessies, opleiding en voormeting, er geen significant verband meer bestaat tussen angstgevoeligheid en de nameting van angstklachten, $\beta = .138$, $p = .142$ (Tabel 2.2a) (ITT, na controle voor opleiding en voormeting: $\beta = .083$, $p = .330$ (Tabel 2.2b)). Ook figuur 2.1b geeft de suggestie dat het effect van angstgevoeligheid op angstklachten verdwijnt na controle voor de voormeting. Hoewel er een verschil is in scores op de voor- en nameting tussen participanten met een lage of hoge mate van angstgevoeligheid, is er een parallelle daling in klachten gedurende de therapie voor de groepen.

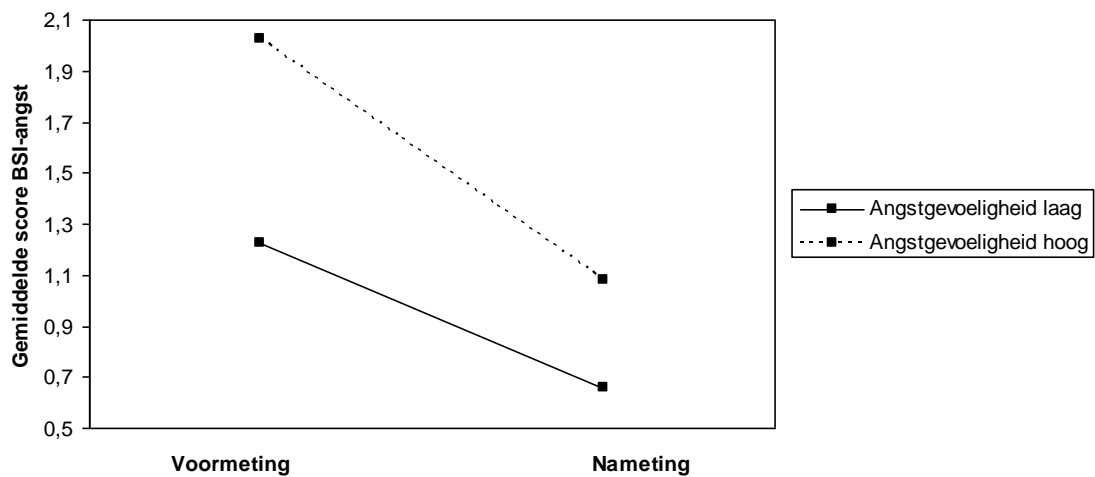
Afname in fobische klachten (BSI-fobie): Ten derde bestaat er een positieve significante correlatie tussen angstgevoeligheid en afname in fobische klachten gedurende de therapie, $r = .308$, $n = 149$, $p < .01$. (ITT: $r = .257$, $n = 183$, $p < .01$) (Tabel 2.1). Een hogere mate van angstgevoeligheid hangt, in tegenstelling tot de hypothese, samen met een grotere afname in fobische klachten. Angstgevoeligheid draagt voor 9.49% (ITT: 6.60%) bij aan de verklaarde variantie van de afname in fobische klachten, $R^2 = .095$ (ITT: $R^2 = .066$). Echter blijkt uit de regressie dat, na controle voor aantal sessies, opleiding en voormeting, er geen significant verband meer bestaat tussen angstgevoeligheid en de nameting van fobische klachten, $\beta = .137$, $p = .105$ (Tabel 2.2a) (ITT, na controle voor opleiding en voormeting: $\beta = .063$, $p = .397$ (Tabel 2.2b)). Ook figuur 2.1c geeft de suggestie dat het effect van angstgevoeligheid op fobische klachten verdwijnt na controle voor de voormeting. Hoewel er een verschil is in scores op de voor- en nameting tussen participanten met een lage of hoge mate van angstgevoeligheid, is er een parallelle daling in klachten gedurende de therapie voor de groepen.

Afname van klachten in algemeen functioneren (OQ): Tot slot bestaat er een positieve significante correlatie tussen angstgevoeligheid en de afname van klachten in algemeen functioneren gedurende de therapie, $r = .284$, $n = 149$, $p < .01$ (ITT: $r = .239$, $n = 183$, $p < .01$) (Tabel 2.1). Een hogere mate van angstgevoeligheid hangt, in tegenstelling tot de hypothese, samen met een grotere afname van klachten in het algemeen functioneren. Angstgevoeligheid draagt voor 8.07% (ITT: 5.71%) bij aan de verklaarde variantie van daling van klachten in algemeen functioneren, $R^2 = .081$ ($R^2 = .057$). Echter blijkt uit de regressie dat, na controle voor aantal sessies, opleiding en voormeting, er geen significant verband meer bestaat tussen angstgevoeligheid en de nameting van klachten in het algemeen functioneren, $\beta = .003$, $p = .973$ (Tabel 2.2a) (ITT, na controle voor opleiding en voormeting: $\beta = -.024$, $p = .746$ (Tabel 2.2b)). Ook figuur 2.1d geeft de suggestie dat het effect van angstgevoeligheid op de afname van klachten in het algemeen functioneren verdwijnt na controle voor de voormeting. Hoewel er een verschil is in scores op de voor- en nameting tussen participanten met een lage of hoge mate van angstgevoeligheid, is er een parallelle daling in klachten gedurende de therapie voor de groepen.

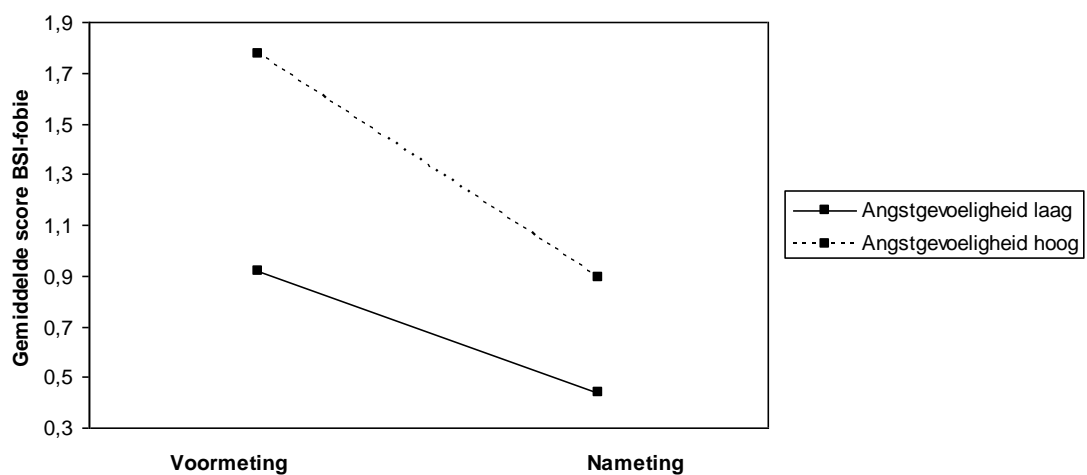
Voor bovenstaande analyses is geen sprake van multicollineariteit, tolerantie $> .408$ (ITT: tolerantie $> .484$). Volgens de richtlijnen van Menart (1995) bevinden deze getallen zich boven de kritieke grens (tolerantie $< .20$).



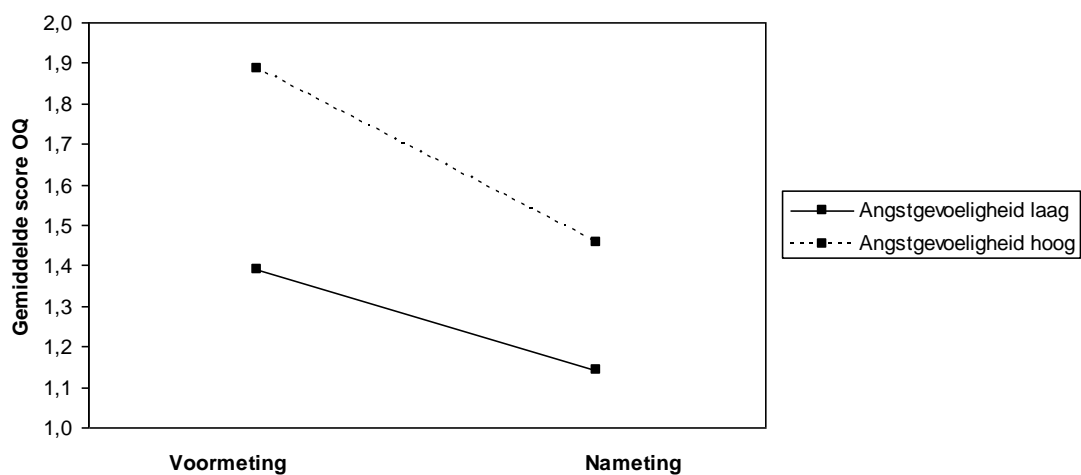
Figuur 2.1a. Algemene klachtafname gedurende de therapie voor hoge en lage mate van angstgevoeligheid.



Figuur 2.1b. Afname van angstklachten gedurende de therapie voor hoge en lage mate van angstgevoeligheid.



Figuur 2.1c. Afname van fobische klachten gedurende de therapie voor hoge en lage mate van angstgevoeligheid.



Figuur 2.1d. Afname van klachten in algemeen functioneren gedurende de therapie voor hoge en lage mate van angstgevoeligheid.

Tabel 2.1. Correlatiematrix van *completer-* en *intention-to-treat* analyse van angstgevoeligheid, neuroticisme, algemene klachten, angstklachten, fobische klachten en klachten in algemeen functioneren.

	Neuroticisme	Afname algemene klachten	Afname angstklachten	Afname fobische klachten	Afname van klachten in algemeen functioneren
Angstgevoeligheid	.563** (.577**)	-.403** (-.334**) [▶]	-.321** (-.264**) [▶]	-.308** (-.257**) [▶]	-.284** (-.239**) [▶]
Neuroticisme		-.558** (-.475**)	-.522** (-.443*) [▶]	-.419** (-.361**) [▶]	-.383** (-.331**) [▶]

*) $p \leq .05$

***) $p \leq .01$

▶) Na controle voormeting niet meer significant

NB. (..) geeft ITT correlatie weer.

Tabel 2.2a. Regressie voor *completer analyse* tussen aantal sessies, opleiding, voormeting en angstgevoeligheid enerzijds en de uitkomstmaten anderzijds.

	Algemene klachten (BSI)	Angstklachten (BSI-angst)	Fobische klachten (BSI-fobie)	Klachten in algemeen functioneren (OQ)
Aantal sessies	$\beta = -.073$ ($p = .285$)	$\beta = .006$ ($p = .932$)	$\beta = -.031$ ($p = .667$)	$\beta = .014$ ($p = .835$)
Opleiding laag vs. middel	$\beta = .135$ ($p = .089$)	$\beta = .060$ ($p = .520$)	$\beta = .028$ ($p = .744$)	$\beta = .105$ ($p = .178$)
Opleiding laag vs. hoog	$\beta = .123$ ($p = .143$)	$\beta = .050$ ($p = .590$)	$\beta = -.021$ ($p = .825$)	$\beta = .112$ ($p = .162$)
Voormeting	$\beta = .703$ ($p < .01$)	$\beta = .419$ ($p < .01$)	$\beta = .459$ ($p < .01$)	$\beta = .658$ ($p < .01$)
Angstgevoeligheid	$\beta = -.015$ ($p = .870$)	$\beta = .138$ ($p = .142$)	$\beta = .137$ ($p = .105$)	$\beta = .003$ ($p = .973$)
R^2	.423 ($p < .01$)	.253 ($p < .01$)	.301 ($p < .01$)	.426 ($p < .01$)

Tabel 2.2b. Regressie voor *intention-to-treat analyse* tussen opleiding, voormeting en angstgevoeligheid enerzijds en de uitkomstmaten anderzijds.

	Algemene klachten (BSI)	Angstklachten (BSI-angst)	Fobische klachten (BSI-fobie)	Klachten in algemeen functioneren (OQ)
Opleiding laag vs. middel	$\beta = .084$ ($p = .185$)	$\beta = .046$ ($p = .515$)	$\beta = .019$ ($p = .778$)	$\beta = .042$ ($p = .518$)
Opleiding laag vs. hoog	$\beta = .066$ ($p = .305$)	$\beta = .024$ ($p = .737$)	$\beta = -.010$ ($p = .887$)	$\beta = .042$ ($p = .524$)
Voormeting	$\beta = .751$ ($p < .01$)	$\beta = .565$ ($p < .01$)	$\beta = .618$ ($p < .01$)	$\beta = .684$ ($p < .01$)
Angstgevoeligheid	$\beta = -.052$ ($p = .488$)	$\beta = .070$ ($p = .367$)	$\beta = .051$ ($p = .454$)	$\beta = -.008$ ($p = .912$)
R^2	.496 ($p < .01$)	.367 ($p < .01$)	.422 ($p < .01$)	.455 ($p < .01$)

Samenhang tussen neuroticisme en de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie

Ter toetsing van tweede hypothese is onderzocht of een hogere mate van neuroticisme voorafgaand aan de therapie samenhangt met een lagere effectiviteit van de behandeling. Voor de variabelen sekse, leeftijd, opleiding, medicijngebruik, aantal sessies en voormeting is getoetst of deze samenhangen met de scores op de uitkomstmaten. Voor de volgende variabelen werd een significante correlatie gevonden met de uitkomstmaten: aantal sessies, opleiding en voormeting. Derhalve is voor deze variabelen gecontroleerd. Bij de ITT is niet voor aantal sessies gecontroleerd, aangezien deze gegevens niet volledig waren.

Algemene klachtafname (BSI): Ten eerste bestaat er een positieve significante correlatie tussen neuroticisme en algemene klachtafname gedurende de therapie, $r = .558$, $n = 149$, $p < .01$ (ITT: $r = .475$, $n = 183$, $p < .01$) (Tabel 2.1). Een hogere mate van neuroticisme hangt, in tegenstelling tot de hypothese, samen met een grotere klachtenafname. Neuroticisme draagt voor 31.1% (ITT: 22.6%) bij aan de verklaarde variantie van afname in algemene klachten, $R^2 = .311$ (ITT: $R^2 = .226$). Ook uit de regressie blijkt dat, na controle voor aantal sessies, opleiding en voormeting, er een negatief significant verband bestaat tussen neuroticisme en de nameting van algemene klachten, $\beta = -.254$, $p < .05$ (Tabel 2.2c) (ITT, na controle voor opleiding en voormeting: $\beta = -.242$, $p < .05$ (Tabel 2.2d)). Ook in figuur 2.2a is te zien dat er zowel er een verschil is in scores op de voor- en nameting tussen participanten met een lage of hoge mate van neuroticisme, als een niet-parallele daling in klachten gedurende de therapie voor de verschillende groepen.

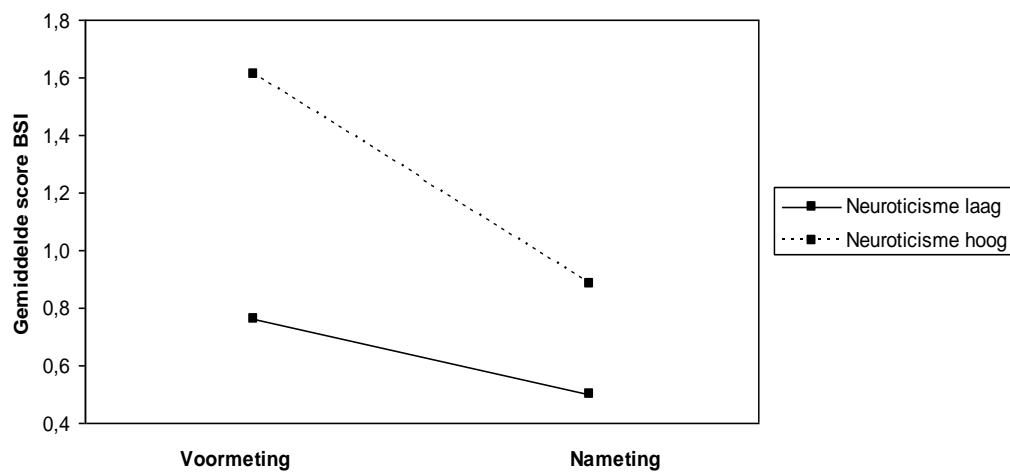
Afname in angstklachten (BSI-angst): Ten tweede bestaat er een positieve significante correlatie tussen neuroticisme en afname in angstklachten gedurende de therapie, $r = .522$, $n = 149$, $p < .01$ (ITT: $r = .443$, $n = 183$, $p < .01$) (Tabel 2.1). Een hogere mate van neuroticisme hangt, in tegenstelling tot de hypothese, samen met een grotere afname in angstklachten. Neuroticisme draagt voor 27.2% (ITT: 19.6%) bij aan de verklaarde variantie van daling in angstklachten, $R^2 = .272$ (ITT: $R^2 = .196$). Echter blijkt uit de regressie dat, na controle voor aantal sessies, opleiding en voormeting, er geen significant verband meer bestaat tussen neuroticisme en de nameting van angstklachten, $\beta = .027$, $p = .834$ (Tabel 2.2c) (ITT, na controle voor opleiding en voormeting: $\beta = -.007$, $p = .952$ (Tabel 2.2d)). Ook figuur 2.2b geeft de suggestie dat het effect van neuroticisme op angstklachten verdwijnt na controle voor de voormeting. Hoewel er een verschil is in scores op de voor- en nameting tussen participanten met een lage of hoge mate van neuroticisme, is er een parallelle daling in klachten gedurende de therapie voor de groepen.

Afname in fobische klachten (BSI-fobie): Ten derde bestaat er een positieve significante correlatie tussen neuroticisme en afname in fobische klachten gedurende de therapie, $r = .419$, $n = 149$, $p < .01$. (ITT: $r = .361$, $n = 183$, $p < .01$) (Tabel 2.1). Een hogere mate van neuroticisme hangt, in tegenstelling tot de hypothese, samen met een grotere afname in fobische klachten. Neuroticisme draagt voor 17.6% (ITT: 13.0%) bij aan de verklaarde variantie van daling in fobische klachten, $R^2 = .176$ (ITT: $R^2 = .130$). Echter blijkt uit de regressie dat, na controle voor aantal sessies, opleiding en voormeting, er geen significant verband meer bestaat tussen neuroticisme en de nameting van fobische klachten, $\beta = .052$, $p = .566$ (Tabel 2.2c) (ITT, na controle voor opleiding en voormeting: $\beta = .040$, $p = .616$ (Tabel 2.2d)). Ook figuur 2.2c geeft de suggestie dat het effect van neuroticisme op fobische klachten verdwijnt na controle voor de voormeting. Hoewel er een verschil is in scores op de voor- en nameting tussen participanten met een lage of hoge mate van neuroticisme, is er een parallelle daling in klachten gedurende de therapie voor de groepen.

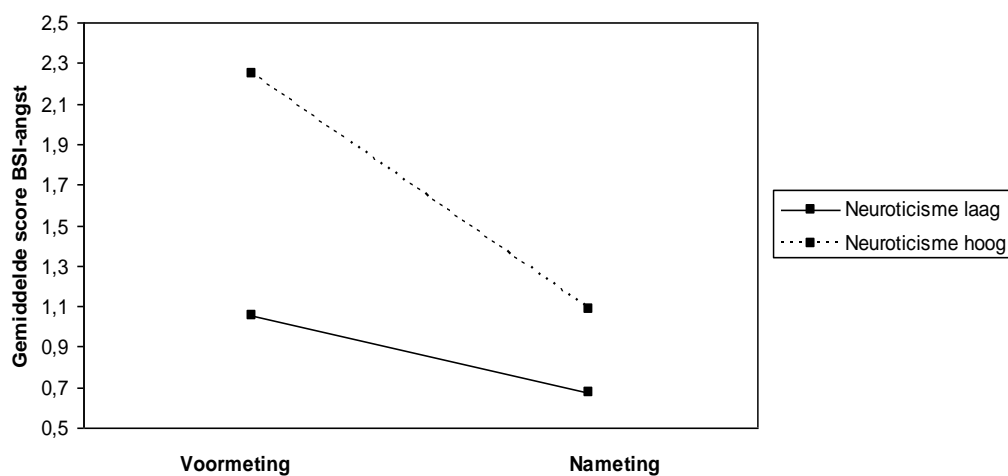
Afname van klachten in algemeen functioneren (OQ): Tot slot bestaat er een positieve significante correlatie tussen neuroticisme en de afname van klachten in algemeen functioneren gedurende de therapie, $r = .383$, $n = 149$, $p < .01$ (ITT: $r = .331$, $n = 183$, $p < .01$) (Tabel 2.1). Een hogere mate van neuroticisme hangt, in tegenstelling tot de hypothese, samen met een grotere afname van klachten in algemeen functioneren. Neuroticisme draagt voor 14.7% (ITT: 11.0%) bij aan de verklaarde variantie van afname van klachten in algemeen functioneren, $R^2 = .147$ ($R^2 = .110$). Echter blijkt uit de regressie dat, na controle voor aantal sessies, opleiding en voormeting, er geen significant verband meer bestaat tussen

neuroticisme en de nameting van klachten in het algemeen functioneren, $\beta = -.047$, $p = .635$ (Tabel 2.2c) (ITT, na controle voor opleiding en voormeting: $\beta = -.050$, $p = .580$ (Tabel 2.2d)). Ook figuur 2.2d geeft de suggestie dat het effect van neuroticisme op de afname van klachten in het algemeen functioneren verdwijnt na controle voor de voormeting. Hoewel er een verschil is in scores op de voor- en nameting tussen participanten met een lage of hoge mate van neuroticisme, is er een parallelle daling in klachten gedurende de therapie voor de groepen.

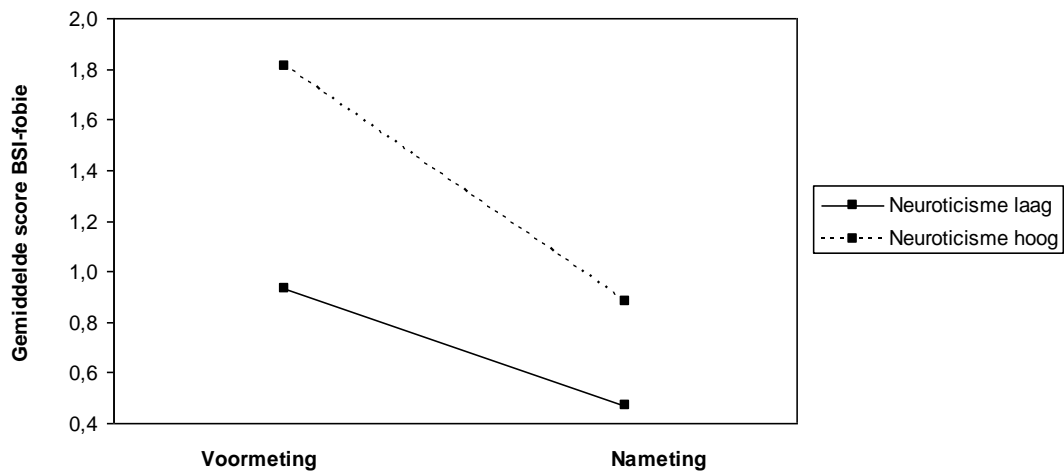
Voor bovenstaande analyses is geen sprake van multicollineariteit, tolerantie $> .266$ (ITT: tolerantie $> .309$). Volgens de richtlijnen van Menart (1995) bevinden deze getallen zich boven de kritieke grens (tolerantie $< .20$). 1



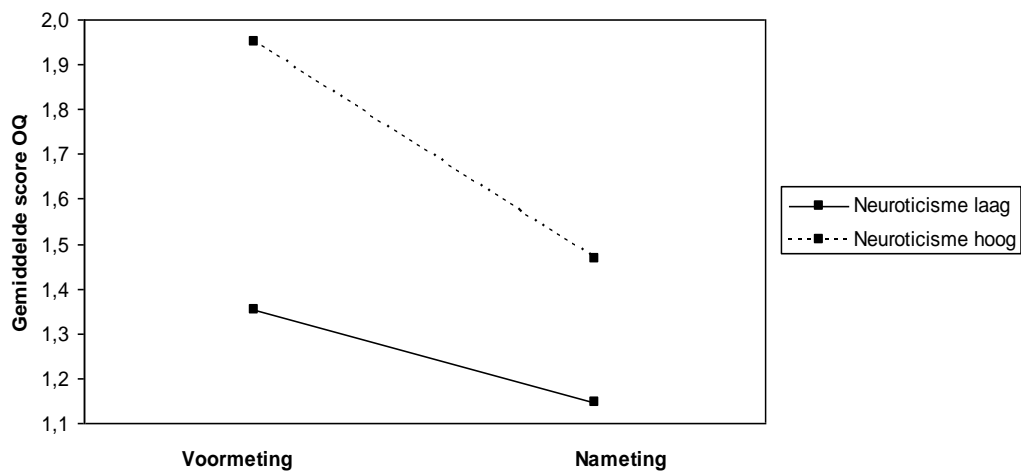
Figuur 2.2a. Algemene klachtafname gedurende de therapie voor hoge en lage mate van neuroticisme.



Figuur 2.2b. Afname van angstklachten gedurende de therapie voor hoge en lage mate van neuroticisme.



Figuur 2.2c. Afname van fobische klachten gedurende de therapie voor hoge en lage mate van neuroticisme.



Figuur 2.2d. Afname van klachten in algemeen functioneren gedurende de therapie voor hoge en lage mate van neuroticisme.

Tabel 2.2c. Regressie voor *completer analyse* tussen aantal sessies, opleiding, voormeting en neuroticisme enerzijds en de uitkomstmaten anderzijds.

	Algemene klachten (BSI)	Angstklachten (BSI-angst)	Fobische klachten (BSI-fobie)	Klachten in algemeen functioneren (OQ)
Aantal sessies	$\beta = -.061$ ($p = .361$)	$\beta = .000$ ($p = .995$)	$\beta = -.039$ ($p = .598$)	$\beta = .016$ ($p = .815$)
Opleiding laag vs. middel	$\beta = .150$ ($p = .056$)	$\beta = .072$ ($p = .446$)	$\beta = .033$ ($p = .709$)	$\beta = .102$ ($p = .191$)
Opleiding laag vs. hoog	$\beta = .169$ ($p < .05$)	$\beta = .043$ ($p = .647$)	$\beta = -.026$ ($p = .783$)	$\beta = .112$ ($p = .159$)
Voormeting	$\beta = .913$ ($p < .01$)	$\beta = .484$ ($p < .01$)	$\beta = .520$ ($p < .01$)	$\beta = .695$ ($p < .01$)
Neuroticisme	$\beta = -.254$ ($p < .05$)	$\beta = .027$ ($p = .834$)	$\beta = .052$ ($p = .566$)	$\beta = -.047$ ($p = .635$)
R^2	.442 ($p < .01$)	.241 ($p < .01$)	.289 ($p < .01$)	.427 ($p < .01$)

Tabel 2.2d. Regressie voor *intention-to-treat analyse* tussen opleiding, voormeting en neuroticisme enerzijds en de uitkomstmaten anderzijds.

	Algemene klachten (BSI)	Angstklachten (BSI- angst)	Fobische klachten (BSI-fobie)	Klachten in algemeen functioneren (OQ)
Opleiding laag vs. middel	$\beta = .098$ ($p = .111$)	$\beta = .068$ ($p = .340$)	$\beta = .025$ ($p = .710$)	$\beta = .041$ ($p = .520$)
Opleiding laag vs. hoog	$\beta = .110$ ($p = .087$)	$\beta = .031$ ($p = .665$)	$\beta = -.006$ ($p = .936$)	$\beta = .046$ ($p = .482$)
Voormeting	$\beta = .968$ ($p < .01$)	$\beta = .704$ ($p < .01$)	$\beta = .663$ ($p < .01$)	$\beta = .734$ ($p < .01$)
Neuroticisme	$\beta = -.300$ ($p < .01$)	$\beta = -.118$ ($p = .231$)	$\beta = -.028$ ($p = .692$)	$\beta = -.072$ ($p = .392$)
R^2	.525 ($p < .01$)	.369 ($p < .01$)	.421 ($p < .01$)	.458 ($p < .01$)

Drop-out

Ter toetsing van de derde hypothese is onderzocht of de participanten met drop-out verschillen van de completers in de mate van angstgevoeligheid of neuroticisme. Van de 183 participanten zijn er 34 individuen uitgevallen tijdens de therapie. Er is geen significant verschil in mate van angstgevoeligheid tussen de participanten met drop-out ($M = 1.33$, $SD =$

.832) en de completers ($M = 1.33$, $SD = .793$) van de therapie, $t(181) = .001$, $p = .999$. Tevens is er geen significant verschil in mate van neuroticisme tussen participanten met drop-out ($M = 2.59$, $SD = .804$) en de completers ($M = 2.61$, $SD = .848$) van de therapie, $t(181) = .106$, $p = .916$.

Follow-up

Exploratief is onderzocht of er een terugval is tussen de nameting en de follow-up. Er is geen significante toename van klachten in algemeen functioneren, $t(84) = -1.70$, $p = 0.09$, $r = .804$. Op de overige uitkomstmaten werd ook geen significante toename in klachten gevonden ($p > .25$). Tevens werd specifiek voor zowel de groep met een lage ($n = 38$) en hoge ($n = 47$) mate van angstgevoeligheid geen significante afname van klachten in algemeen functioneren en psychische klachten gevonden, respectievelijk $p > .14$ en $p > .31$. Daarnaast werd specifiek voor zowel met de groep met een lage ($n = 42$) en hoge ($n = 43$) mate van neuroticisme geen significante afname van klachten in algemeen functioneren en psychische klachten gevonden, respectievelijk $p > .07$ en $p > .10$.

Discussie

Uit huidig onderzoek is gebleken dat een hogere mate van angstgevoeligheid niet is gerelateerd aan een kleinere afname van algemene psychische klachten, angstklachten, fobische klachten en klachten in algemeen functioneren gedurende de therapie bij individuen met angststoornissen. Ook een hogere mate van neuroticisme ging niet samen met een kleinere klachtafname. Een hogere mate van neuroticisme bleek zelfs samen te gaan met een grotere daling van algemene psychische klachten. Vanwege het uitblijven van deze verbanden is de hypothese dat de voorspellende waarde van angstgevoeligheid op de effectiviteit van de behandeling onafhankelijk is van neuroticisme irrelevant geworden. De laatste hypothese luidde dat een hogere mate van angstgevoeligheid of neuroticisme voorafgaand aan de behandeling samenhangt samen met een hogere mate van drop-out. Deze hypothese werd niet bevestigd.

Niet eerder werd er onderzoek gedaan naar het effect van een hoge mate van angstgevoeligheid voorafgaand aan de therapie op de behandeling van angststoornissen. Eerder onderzoek wees wel op de mogelijke rol van angstgevoeligheid in de behandeling, doordat de daling van angstgevoeligheid tijdens de therapie samenging met een grotere daling van klachten (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Smits et al., 2004). Echter werd in huidig

onderzoek aangetoond dat een hogere mate van angstgevoeligheid voorafgaand aan de behandeling geen voorspeller was voor een minder effectieve behandeling. Ook de mate van neuroticisme voorafgaand aan de behandeling ging in huidig onderzoek niet samen met een kleinere daling van klachten tijdens de behandeling. Dit is in tegenspraak met het onderzoek van Schuurmans et al. (2009), waarin werd gevonden dat neuroticisme een voorspeller is voor een minder effectieve CGT bij angstige ouderen. Daarnaast vonden Weertman et al. (2005) dat de aanwezigheid van één of meerdere comorbide persoonlijkheidsstoornissen samenhang met een minder succesvolle behandeling van angststoornissen. Dit effect was echter minder sterk dan eerder werd verwacht en Weertman et al. (2005) stellen dan ook dat de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek zeker effectief is. Dit wordt ondersteund door ander onderzoek, waarin werd gevonden dat de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen geen effect had op de daling van klachten (Dreessen et al., 1994; Van den Hout et al., 2006). Ook Dreessen et al. (1998) vonden dat persoonlijkheidsstoornissen niet samenhangen met een minder effectieve behandeling van angststoornissen. Verder wordt de gevonden relatie tussen een hogere mate van neuroticisme en een grotere daling van algemene psychische klachten ondersteund door de resultaten uit het onderzoek door Van den Hout et al. (2005). Van den Hout et al. (2005) verklaarden de grotere daling van klachten bij een hogere mate van neuroticisme door regressie naar het gemiddelde, een fenomeen dat zich ook in het huidige onderzoek voorgedaan kan hebben. Het huidige onderzoek bevestigde dus dat een hogere mate van neuroticisme niet samenhang met een kleinere daling van klachten tijdens de therapie. Hetzelfde werd gevonden voor angstgevoeligheid. Duidelijk is wel dat een hogere mate van angstgevoeligheid en neuroticisme geen voorspellers zijn van minder effectieve behandeling van angststoornissen. Ook op langere termijn, bij de follow-up meting na 6 maanden, bleek dat noch angstgevoeligheid, noch neuroticisme effect had op het behandelresultaat. Bij de follow-up werd voor zowel een lage als hoge mate van angstgevoeligheid en neuroticisme geen af- of toename gevonden van psychische klachten en in algemeen functioneren ten opzichte van het einde van de behandeling.

Verder wordt het uitblijven van een relatie tussen enerzijds angstgevoeligheid en neuroticisme en anderzijds de mate van drop-out ondersteund door het onderzoek van Smits et al. (2008), waarin werd gevonden dat de mate van angstgevoeligheid voorafgaand aan de therapie niet samenhang met de mate van drop-out gedurende de therapie. Daarnaast vonden Weertman et al. (2005) dat de mate van drop-out tijdens de behandeling van angststoornissen niet werd beïnvloed door de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. Een hogere mate van angstgevoeligheid of neuroticisme is dus noch gerelateerd aan een minder effectieve

behandeling van angststoornissen, noch aan een grotere uitval gedurende de therapie. Deze resultaten gaan in tegen wat wordt beweerd in handleidingen van persoonlijkheidsvragenlijsten zoals de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), namelijk dat individuen met een hogere mate van neuroticisme moeilijker te helpen zijn bij het oplossen van hun problemen (Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000). Luteijn et al. beweren bovendien dat het zinvol is de NPV te gebruiken voor indicatievragen. Huidig onderzoek toont echter aan dat neuroticisme geen voorspeller is voor een kleiner therapie-effect en dat ook patiënten met een hoge mate van neuroticisme een effectieve behandeling kunnen ondergaan.

Men zou kunnen tegenwerpen dat het onderzoek vertekend is doordat gebruik gemaakt is van gegevens van het AAA, waar de inclusie-/ exclusiecriteria erg ruim zijn en dat er bij striktere inclusie-/ exclusiecriteria wel een verband zou kunnen worden gevonden. Dit ligt echter niet voor de hand. In dat geval zou er namelijk in ieder geval een trend in die richting gevonden moeten zijn. Hoe hoger de mate van angstgevoeligheid en neuroticisme, des te geringer de effecten. Als er al een trend in dit onderzoek was, wees die juist de andere richting op. Bovendien zorgen de brede inclusie-/ exclusiecriteria ervoor dat de resultaten uit huidig onderzoek goed te generaliseren zijn naar de gewone klinische praktijk. Verder zou tegengeworpen kunnen worden dat de conclusies uit dit onderzoek betrekking hebben op angststoornissen in het algemeen en dat een hogere mate van angstgevoeligheid en neuroticisme mogelijk wel een negatief verband hebben met de effectiviteit van de specifieke behandeling van verschillende angststoornissen. Ook deze tegenwerping ligt niet voor de hand, omdat er dan in ieder geval een trend zou moeten zijn gevonden.

Verder heeft het huidige onderzoek een aantal sterke punten die de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroten. Zo zijn alle vragenlijsten online afgenomen met behulp van NetQuestionnaires, waardoor de anonimiteit en privacy beter kon worden gewaarborgd en de kans op sociale wenselijkheid afnam. Daarnaast kwam uit eerdere onderzoeken naar voren dat de vragenlijsten die in huidig onderzoek gebruikt zijn om angstgevoeligheid (ASI-3) en neuroticisme (PANAS) te meten, valide en betrouwbare manieren zijn om deze constructen te bepalen (Crawford & Henry, 2004; Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Taylor et al., 2007). Ook de vragenlijsten die gebruikt zijn om de uitkomstmaten te bepalen zijn betrouwbaar en valide (de Beurs & Zitman, 2006; Lambert et al., 1999; Jong et al., 2008). Bovendien is de betrouwbaarheid van de meting van de effectiviteit van CGT vergroot door gebruik te maken van verschillende uitkomstmaten, namelijk de BSI, BSI-angst, BSI-fobie en OQ. Alle uitkomstmaten wijzen in het huidige onderzoek in dezelfde richting. Naast het gebruik van verschillende betrouwbare vragenlijsten is de meting van de effectiviteit van de gegeven CGT

betrouwbaarder gemaakt door zowel de vooruitgang van de patiënten die de therapie hadden afgerond als de vooruitgang van de ‘afhakkers’ mee te nemen. Wanneer alleen wordt onderzocht hoeveel vooruitgang er is geboekt bij patiënten die de therapie hebben afgerond, vindt er namelijk een overschatting van de effectiviteit plaats. Daarentegen vindt bij het meten van de vooruitgang bij patiënten die de behandeling niet hebben afgerond een onderschatting van de effectiviteit plaats. Doordat gebruik gemaakt werd van beide groepen, is een zo betrouwbaar mogelijke vooruitgang tijdens de therapie gemeten (Bados et al., 2007).

Het huidige onderzoek liet dus zien dat de mate van angstgevoeligheid of neuroticisme voorafgaand aan de behandeling geen effect had op de effectiviteit van CGT. Overeenkomstig eerdere onderzoeken bestonden er bij angstpatiënten met een hogere mate van angstgevoeligheid of neuroticisme na de behandeling meer psychische klachten en meer klachten in algemeen functioneren. Dit klachtenniveau lag echter ook al hoger voor de therapie. De daling van de klachten liep dus parallel voor individuen met een lage of hoge mate van angstgevoeligheid of neuroticisme. Het zou echter zeker de moeite waard zijn om meer onderzoek te doen naar mogelijkheden tot verandering van angstgevoeligheid en neuroticisme. Want hoewel de mate van angstgevoeligheid en neuroticisme voorafgaand aan de behandeling geen effect hadden op de daling van de klachten tijdens de behandeling, leden individuen met een hogere mate van angstgevoeligheid of neuroticisme na de behandeling nog wel aan meer klachten dan andere individuen. Van den Hout et al. (2006) suggereerden dat meer onderzoek gedaan moet worden naar de vraag of de succesvolle behandeling van persoonlijkheidsstoornissen samengaat met een beter behandelresultaat van as-1 problematiek. Daarnaast wezen Smits et al. (2004) op het effect van de afname van angstgevoeligheid tijdens de behandeling op de effectiviteit van CGT. Onderzoek naar de mogelijkheid tot verandering van angstgevoeligheid en neuroticisme en het effect hiervan op de behandeling van angststoornissen is dus een belangrijk aandachtspunt voor vervolgonderzoek.

Referentielijst

- Beurs, E. de, & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de scl-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *61*, 120-141.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 585-592.
- Bienvenu, O.J., & Stein, M.B. (2003). Personality and anxiety disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 139-151.
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Costa, P.T., Reti, I.M., Eaton, W.W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety*, *20*, 92-97.
- Broman-Fulks, J. J., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Bondy, C. L., Abramowitz, J. S., & Tolin, D. F. (2010). Categorical or dimensional: A reanalysis of the anxiety sensitivity construct. *Behavior therapy*, *41*, 154-171.
- Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A.M., Weersing, V.B., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidenced-based medicine review. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, *43*, 930-959.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 245-265.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Anxiety disorders*, *20*, 837-857.
- Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research & Therapy*, *36*, 483-504.
- Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C., & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *35*, 265-274.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: De opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Hout, M. A. van den, Brouwers, C., & Oomen, J. (2005). Gedragstherapie doet wat zij moet, de NPV niet. *Psychodiagnostisch gereedschap. De Psycholoog*, 40, 129-135.
- Hout, M. A. van den, Brouwers, C., & Oomen, J. (2006). Geen effecten van klinische vastgestelde as-II-comorbiditeit op resultaten van cognitieve gedragstherapie. *Directieve Therapie*, 26, 203-214.
- Jong, K. de, Nugter, M.A., Lambert, M.J. & Burlingame, G.M. (2008). *Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire OQ-45.2*. Heiloo: GGZ Noord Holland-Noord.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., & Clouse, G. C., et al. (1999). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2008). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Lilienfeld, S. O. (1997). The relation of anxiety sensitivity to higher and lower order personality dimensions: Implications for the etiology of panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 539-544.
- Luteijn, F. Starren, J. & Dijk, H. van (2000). *Handleiding Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst*. Lisse: Swets Test Publishers.
- McWilliams, L.A., & Cox, B.J. (2001). How distinct is anxiety sensitivity from trait anxiety? A re-examination from a multidimensional perspective. *Personality and Individual Differences*, 31, 813-818.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H., & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 89-100.
- Olatunji, B.O., & Wollitzky-Taylor, K.B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological bulletin*, 6, 974-999.
- Otto, M.W., Smits, J.A.J., & Reese, H.E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 34-41.
- Rapee, R. M. (1996). *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: The Guilford Press
- Schmidt, N. B., Mitchell, M. A., & Richey, J. A. (2008). Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 407-412.

- Schuermans, J., Comijs, H., Emmelkamp, P. M. G., Weijnen, I. J. C., Hout, M. van den, & Dyck, R. van. (2009). Long-term effectiveness and prediction of treatment outcome in cognitive behavioral therapy and sertraline for late-life anxiety disorders. *International Psychogeriatrics*, *21*, 1148-1159.
- Smits, J.A.J., Berry, A.C., Tart, C.D., & Powers, M.B. (2008). The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1047-1054.
- Smits, J. A. J., Berry, A. C., Rosenfield, D., Powers, M. B., Behar, E., & Otto, M. W. (2008). Reducing anxiety sensitivity with exercise. *Depression and anxiety*, *25*, 689-699.
- Smits, J. A. J., Powers, M. B., Cho, Y., & Telch, M. J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 646-652.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 246-251.
- Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*, 179-200.
- Taylor, S., Koch, W.J., & McNally, R.J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of anxiety disorders*, *6*, 249-259.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., & Ledley, D. R., et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity index-3. *Psychological Assessment*, *19*, 176-188.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063 – 1070.
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreessen, L. (2005). Influences of beliefs of personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 936-944.

Bijlage 1

Tabel 1.3.a. Comorbiditeit (CM) van angst, depressie en overig per hoofddiagnose bij een lage en hoge mate van angstgevoeligheid.

Hoofddiagnose	Angst- gevoeligheid	N	CM (%)	CM angst (N)	CM depressie (N)	CM overig (N)
Paniekstoornis	<i>Laag</i>	21	71.4	9	6	-
met agorafobie	<i>Hoog</i>	29	86.2	17	8	-
Paniekstoornis zonder	<i>Laag</i>	4	25.0	1	-	-
agorafobie	<i>Hoog</i>	4	100	4	-	-
Obsessief	<i>Laag</i>	18	66.7	5	6	-
compulsieve stoornis	<i>Hoog</i>	13	76.9	10	-	-
Posttraumatische	<i>Laag</i>	13	76.9	2	8	-
stressstoornis	<i>Hoog</i>	11	81.8	4	5	-
Gegeneraliseerde	<i>Laag</i>	12	83.3	7	3	-
angststoornis	<i>Hoog</i>	8	75.0	6	-	-
Sociale fobie	<i>Laag</i>	11	72.7	4	4	-
	<i>Hoog</i>	23	95.7	11	10	1
Hypochondrie	<i>Laag</i>	5	20.0	1	-	-
	<i>Hoog</i>	4	75.0	3	-	-
Specifieke fobie	<i>Laag</i>	3	33.3	-	1	-
	<i>Hoog</i>	1	100	1	-	-
Gilles de la Tourette	<i>Laag</i>	1	0.00	-	-	-
	<i>Hoog</i>	-	-	-	-	-
NAO	<i>Laag</i>	1	0.00	-	-	-
	<i>Hoog</i>	1	100	-	-	1
Totaal	<i>Laag</i>	89	65.2	29	28	-
	<i>Hoog</i>	94	85.1	56	23	2

Tabel 1.3b. Comorbiditeit (CM) van angst, depressie en overig per hoofddiagnose bij een lage en hoge mate van neuroticisme.

Hoofddiagnose	Neuroticisme	N	CM (%)	CM angst (N)	CM depressie (N)	CM overig (N)
Paniekstoornis met agorafobie	<i>Laag</i>	25	64.0	11	5	-
	<i>Hoog</i>	25	96.0	15	9	-
Paniekstoornis zonder agorafobie	<i>Laag</i>	4	25.0	1	-	-
	<i>Hoog</i>	4	100	4	-	-
Obsessief compulsieve stoornis	<i>Laag</i>	14	71.4	4	5	1
	<i>Hoog</i>	17	70.6	11	1	-
Posttraumatische stressstoornis	<i>Laag</i>	14	78.6	1	10	-
	<i>Hoog</i>	10	80.0	5	3	-
Gegeneraliseerde angststoornis	<i>Laag</i>	13	76.9	8	2	-
	<i>Hoog</i>	7	85.7	5	1	-
Sociale fobie	<i>Laag</i>	16	87.5	8	6	-
	<i>Hoog</i>	18	88.9	7	8	1
Hypochondrie	<i>Laag</i>	4	25.0	1	-	-
	<i>Hoog</i>	5	60.0	3	-	-
Specifieke fobie	<i>Laag</i>	2	50.0	-	1	-
	<i>Hoog</i>	2	50.0	1	-	-
Gilles de la Tourette	<i>Laag</i>	1	0.00	-	-	-
	<i>Hoog</i>	-	-	-	-	-
NAO	<i>Laag</i>	1	100	-	-	1
	<i>Hoog</i>	1	0.00	-	-	-
Totaal	<i>Laag</i>	94	69.1	34	29	2
	<i>Hoog</i>	89	83.1	51	22	1