

Masterthesis Klinische- en Gezondheidspsychologie,
Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht

Meten van behandelresultaat bij
angststoornissen binnen ROM:
specifieke vs. generieke maten

L. M. ter Mors

Student nummer: 3642992

l.m.termors@students.uu.nl

Begeleider: Prof. Dr. Marcel van den Hout

Juli 2014

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Voorwoord	4
Inleiding	5
Methoden	9
Resultaten	14
Discussie	20
Literatuurlijst	24

Samenvatting

Routine Outcome Measurement (ROM) wordt veel gebruikt om behandelvoortgang te meten. In dit onderzoek is onderzocht of generieke of specifieke ROM-instrumenten sensitiever zijn voor het meten van behandelvoortgang bij angstpatiënten. Verwacht werd dat specifieke maten sensitiever zouden zijn voor het meten van behandelvoortgang. De data, verschaft door het Academisch Angstcentrum Altrecht (AAA), bestond uit ingevulde vragenlijsten van 97 vrouwen en 63 mannen. In dit onderzoek zijn patiënten met OCS, PTSS, GAS en PS (met en zonder agorafobie) geïncludeerd. De algemene OQ-45 bleek minder sensitief voor het meten van behandelvoortgang dan de specifieke vragenlijsten. Dit patroon was in alle groepen te zien. Echter, vanwege lage power in de andere groepen was het verschil alleen significant bij de grootste patiëntengroep (patiënten met paniekstoornis). Bij ROM wordt aanbevolen geen gebruik te maken van meetinstrumenten die zich grotendeels richten op het algemeen functioneren als men onderzoekt of symptomen van een specifieke stoornis verminderen.

Summary

Routine Outcome Measurement (ROM) is widely used to measure treatment progress. The aim of the study below is to investigate which of the ROM-instruments, the generic or the specific ones, are the most sensitive for measuring treatment progress in patients with anxiety disorders. It was expected that specific instruments would be the most sensitive for measuring treatment progress. The data, provided by *Academisch Angstcentrum Altrecht* (AAA), consisted of questionnaires filled out by 97 women and 63 men. The study includes patients with OCD, PTSD, GAD and PD (with and without agoraphobia). The generic OQ-45 proved to be less sensitive for measuring treatment progress than the specific questionnaires. This pattern was seen in all groups. However, due to low power in the other groups, the difference was significant only in the largest group of patients (those with panic disorders). With ROM it is recommended not to use instruments that mainly target general functioning if one investigate the reduction of symptoms of a specific disorder.

Voorwoord

Deze thesis is geschreven in het kader van de master Klinische- en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Graag zou ik een aantal mensen willen bedanken die bijgedragen hebben aan de totstandkoming van mijn thesis. Ten eerste wil ik Prof. Dr. Marcel van den Hout bedanken voor zijn kritische feedback en motiverende houding gedurende het schrijven van mijn thesis. Verder wil ik graag het Academisch Angstcentrum Altrecht (AAA), met in het bijzonder Mathilde Huisman, bedanken voor het verschaffen van de benodigde data voor dit onderzoek en het statistisch advies. Ook wil ik Malindi van der Mheen bedanken voor de prettige samenwerking. Tot slot wil ik graag de lezer van deze thesis bedanken voor de getoonde interesse. Ik hoop met dit onderzoek meer duidelijkheid gecreëerd te hebben met betrekking tot sensitiviteit van verschillende soorten vragenlijsten binnen *routine outcome measurement* (ROM).

Lara ter Mors,

Juli 2014

Inleiding

Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychologische stoornissen onder de bevolking. Maar liefst 19,6% van de mensen voldoet op enig moment in zijn leven aan de criteria voor het hebben van een angststoornis (Trimbos Instituut, 2011). Deze stoornissen zijn vaak chronisch wanneer ze onbehandeld blijven (Sadock & Sadock, 2007). In het diagnostisch classificatiesysteem DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) worden de volgende angststoornissen onderscheiden: paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, obsessief-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stress-stoornis, angststoornis door een lichamelijke aandoening, acute stress-stoornis en angststoornis door alcohol of drugs. De leeftijd waarop angststoornissen ontstaan verschilt. Zo ontstaan de sociale en de specifieke fobieën vaak in het begin van de adolescentie (Regier, Rae, Narrow, Kaelber & Schatzberg, 1998), agorafobie en paniekstoornis manifesteren zich vaak pas in de volwassenheid en de gegeneraliseerde angststoornis ontstaat in de meeste gevallen pas later, met een toenemende incidentie vanaf de volwassenheid (Rapoport, 2008).

Het gemeenschappelijke kenmerk van angststoornissen is dat er sprake is van buitenproportionele irrealistische angst. Ook mensen zonder angststoornis rapporteren symptomen van angst. Deze symptomen kunnen functioneel zijn doordat ze een individu waarschuwen voor dreigend gevaar en ze ervoor zorgen dat er voorbereiding getroffen kan worden om te handelen naar de betreffende situatie (Clark & Beck, 2010). Als er echter sprake is van een irrealistische angst die dermate ernstig is dat het zorgt voor sociale of beroepsmatige problemen, is er sprake van een stoornis (Trimbos Instituut, 2011).

Angststoornissen kunnen op verschillende manieren worden behandeld. Cognitieve gedragstherapie (CGT) en farmacotherapie zijn volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (Trimbos Instituut, 2013) de behandelingen van eerste voorkeur. CGT omvat interventies die zijn gebaseerd op de veronderstelling dat angststoornissen in stand gehouden worden door cognitieve en gedragsfactoren en dat psychologische behandeling leidt tot verandering in deze factoren door cognitieve herstructurering en gedragstechnieken, zoals exposure in vivo. De werking van CGT bij de behandeling van angststoornissen is succesvol gebleken (Hofmann & Smits, 2008).

Bij een medicamenteuze behandeling van angststoornissen zijn serotonine heropname remmers (SSRI's) de medicamenten van eerste voorkeur (Trimbos Instituut 2011; Hendriks, 2004). SSRI's remmen de heropname van serotonine, wat tot gevolg heeft dat er een hoger niveau van serotonine in de synapsen aanwezig blijft. Dit leidt tot de vermindering van neuronale activiteit in bepaalde delen van de hersenen, zoals de amygdala, die betrokken zijn bij het ontstaan en de instandhouding van angststoornissen (Prus, 2013).

De effecten van behandelingen in de klinische praktijk kunnen op verschillende manieren

gemeten worden. *Routine outcome measurement* (ROM) is één van de manieren waarop vooruitgang in de behandeling van een patiënt gemeten kan worden. ROM houdt in dat er routinematig gebruik wordt gemaakt van meetinstrumenten om de uitkomst en voortgang van een behandeling te meten (Nugter & Buwalda, 2012). ROM is zinvol, mits de tests in de loop van de behandeling meerdere keren worden afgenomen. Alleen dan kan verandering in het functioneren van de patiënt worden vastgesteld. ROM wordt steeds meer gebruikt bij het vaststellen van de behandelresultaten van angststoornissen. Tachtig procent van de angstpatiënten in Nederland en België voltooide in 2012 een eerste meting en 50% voltooide een vervolgmeting. Dit wijst erop dat ROM een belangrijk onderdeel is van de geestelijke gezondheidszorg (Zitman, 2012). Daarnaast blijkt het gebruik van ROM effectief voor de diagnostiek en het monitoren van behandeling (Carlier et al., 2012).

ROM heeft een aantal voordelen. Zo worden diagnoses sneller en adequater vastgesteld (Carlier et al., 2012) en is er duidelijke informatie over de vooruitgang van de patiënt door systematische evaluatie (Hutschemaekers & Tiemens, 2008; Carlier et al., 2012). Hierdoor blijkt op tijd dat een patiënt niet goed reageert op een behandeling en kan overgegaan worden op een andere behandeling. Dit heeft tot gevolg dat psychologische problemen die voorheen gemist werden gedetecteerd kunnen worden en het resultaat van behandeling verbetert. Ook blijkt dat de patiënt en behandelaar vaker en effectiever communiceren door het gebruik van ROM. Bovendien zou ROM de naleving van klinische richtlijnen door therapeuten vergemakkelijken (Carlier et al., 2012).

Het routinematig meten van behandelresultaten is onder andere van belang omdat zorgverzekeraars de behandelresultaten van de veelvoorkomende stoornissen inzichtelijk willen maken om te onderzoeken of er verschillen zijn tussen locaties, afdelingen of therapeuten. Zo wordt ook de effectiviteit van verschillende GGZ-instellingen vergeleken. Dit heeft tot gevolg dat ook zorgaanbieders zelf hun behandelresultaten kunnen vergelijken met de landelijke resultaten, waardoor duidelijk wordt op welke punten de kwaliteit verhoogd kan worden (Stichting Benchmark GGZ, z.d.).

ROM kent echter ook nadelen. Zo kost het uitvoeren van meerdere metingen bij patiënten tijd en geld (Carlier et al., 2012). Ook kunnen er niet zonder meer conclusies getrokken worden over kwaliteit van beleid op basis van behandelresultaten van verschillende instellingen gemeten door ROM. Zo zal er verschil in behandelresultaat zijn tussen verschillende patiënten bij verschillende instellingen. Er zal daarbij rekening gehouden moeten worden met bijvoorbeeld eerdere behandelingen die niet aangeslagen zijn, de behandelprognose en comorbiditeit.

Binnen ROM kan gebruik gemaakt worden van twee typen maten; stoornisspecifieke maten en generieke maten. Stoornisspecifieke maten zijn bedoeld om het klachtenniveau vast te stellen bij specifieke diagnostische groepen of patiëntenpopulaties, vaak met als doel de

responsiviteit op de behandeling of klinisch belangrijke veranderingen te meten (Patrick & Deyo, 1989). Met behulp van de stoornisspecifieke ROM-instrumenten kunnen verbeteringen in specifieke symptomen bij diagnostisch homogene subgroepen gevolgd worden (Nugter & Buwalda, 2012). Anderzijds behelzen de generieke maten een breed spectrum aan concepten van gezondheid en kwaliteit van leven, en zijn toepasbaar op verschillende stoornissen, ziekten, patiënten en groepen (Patrick & Deyo, 1989). Generieke ROM-instrumenten maken het mogelijk om op groepsniveau resultaten vast te stellen en om individuele scores hiermee te vergelijken (Nugter & Buwalda, 2012). Generieke maten, zoals de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; Lambert et al., 1996) en de Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1975), worden in de klinische praktijk gebruikt om het psychologisch en psychosociaal klachtenniveau en de verbetering in het algemeen functioneren te onderzoeken (Derogatis, Melisaratos, 1983; De Jong et al., 2008). Ook worden deze vragenlijsten op grote schaal gebruikt om behandelvooruitgang in groepen te meten (De Jong et al., 2008).

Generieke maten maken het mogelijk om behandelresultaten te vergelijken onder patiënten met verschillende stoornissen en verschillende behandelingen, ongeacht de psychiatrische diagnose (De Jong, 2008; De Beurs et al., 2011; Patrick & Deyo, 1989). Wanneer gebruik gemaakt wordt van specifieke maten, zal er per stoornis een andere vragenlijst gebruikt moeten worden. Dit betekent dat men niet de symptomen en het functioneren van verschillende patiënten kan vergelijken. Echter, generieke ROM-instrumenten zijn hoofdzakelijk ontworpen om veranderingen in het algemeen functioneren vast te stellen. Ze bevatten geen gedetailleerde items over alle specifieke stoornissen. De kracht van generieke ROM-instrumenten ligt in de mogelijkheid die deze bieden om de vooruitgang van patiënten te vergelijken op dezelfde criteria. Ze worden echter niet als gevoelig of nuttig genoeg beschouwd om vergelijkingen te maken op individueel patiënt niveau (Trauer, 2010).

Er is voor zover bekend geen onderzoek gedaan om na te gaan of specifieke dan wel generieke maten beter de behandelvooruitgang bij angststoornissen meten. Beide maten worden desalniettemin veelvuldig gebruikt (Nugter & Buwalda, 2012). Dit maakt het van belang om te onderzoeken welke maat het meest sensitief is voor het meten van behandelvooruitgang. In het huidige onderzoek wordt nagegaan of specifieke dan wel generieke ROM-instrumenten sensitiever is in het meten van behandelvooruitgang. Omdat in de CGT voor angststoornissen wordt gefocust op de angstklachten, is de verwachting dat deze angstklachten verminderen. Het lijkt hierbij vanzelfsprekend dat er meer vooruitgang gezien zal worden tussen voor- en nameting op een stoornisspecifieke vragenlijst dan op een generieke vragenlijst. Dientengevolge wordt er verwacht dat de verschillen tussen voor- en nametingen groter zijn als ze gemeten werden met stoornisspecifieke instrumenten dan als ze gemeten werden met generieke instrumenten.

Deze hypothese werd allereerst onderzocht door de generieke en specifieke instrumenten te vergelijken. De twee generieke instrumenten werden hier apart gebruikt; de specifieke instrumenten werden als één groep gebruikt. Dit werd gedaan door de gestandaardiseerde scores van de verschillende specifieke vragenlijsten te bepalen en deze vervolgens te middelen. Omdat er sprake was van verschillende diagnoses in de te onderzoeken groep angstpatiënten, is het mogelijk dat het hypothetische verschil in sensitiviteit tussen generieke en specifieke instrumenten verschilt tussen de verschillende diagnostische groepen. Dit werd in stap twee onderzocht, waarbij wederom de specifieke instrumenten tot één score werden gereduceerd. Ook werd in deze fase onderzocht of er bij één of meerdere stoornissen verschil was in de behandelvoortgang gemeten door de OQ-45, de BSI of de specifieke maten (als één score). Tenslotte is het mogelijk dat er bij bepaalde diagnostische groepen verschil is in sensitiviteit van de specifieke maten. In de laatste fase is daarom per stoornis nagegaan of één van de vier vragenlijsten (twee stoornis-specifieke en twee generieke) een groter verschil liet zien in behandelvoortgang dan de andere vragenlijsten.

Methoden

Participanten

De data zijn tussen 2008 en 2013 geworven door het Altrecht Academisch Angstcentrum (AAA). De patiënten hadden ernstige angstklachten en zijn doorverwezen naar het AAA door de huisarts of door een andere verwijzer omdat een standaardbehandeling niet effectief is geweest. De originele steekproef bestond uit 172 patiënten. De resultaten van 12 patiënten zijn verwijderd omdat zij de metingen niet volledig hadden voltooid. De uiteindelijke groep patiënten bestond uit 97 vrouwen (60.6%) en 63 mannen (39.4%). Leeftijden varieerden van 18 tot 59 ($M = 34.9$; $SD = 10.0$). Hoofddiagnoses werden gesteld met behulp van de Nederlandse vertaling (Van Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider & Nolen, 1999) van de *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996). Het aantal patiënten per hoofddiagnose staat beschreven in Tabel 1. Het totaal aantal behandelsessies per patiënt lag tussen 3 en 65 ($M = 19.3$; $SD = 10.6$). Er was sprake van veel comorbiditeit binnen de patiëntengroepen. Het aantal diagnoses met het bijbehorende aantal patiënten staat beschreven in Tabel 2.

Tabel 1.

Aantal Patiënten per Hoofddiagnose met Percentages.

Hoofddiagnose	<i>N</i>	%
OCS	44	27.5
PS & PSA	56	35.0
PTSS	16	10.0
SAS	44	27.5

Tabel 2.

Aantal Patiënten met Bijbehorende Aantal Diagnoses.

Aantal diagnoses	<i>N</i>
1	29
2	45
3	54
4	27
5	4
8	1

Procedure

De vragenlijsten werden ingevuld op een computer bij het AAA of bij de patiënt thuis. Patiënten voltooiden een voormeting bij binnenkomst bij het AAA. Deze bestond uit de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; De Jong, Nugter, Polak, Wagenborg, Spinhoven & Heiser, 2008), de Brief Symptom Inventory (BSI; De Beurs & Zitman, 2006) en een aantal specifieke vragenlijsten per stoornis. De SCID-I (Van Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider & Nolen, 1998) werd gebruikt om een diagnose te stellen, gebaseerd op de DSM-IV-TR (APA, 2000). Vervolgens werden patiënten behandeld met CGT, EMDR (voor PTSS) en farmacotherapie. Aan het einde van de behandeling volgde een nameting met dezelfde vragenlijsten. Waren patiënten langer dan een half jaar in behandeling, dan werd ook een tussenmeting uitgevoerd. Het aantal behandelsessies verschilde per patiënt. Het minimum aantal sessies van de deelnemende patiënten was 3, het maximum aantal sessies was 65 ($M = 19.1$; $SD = 10.6$).

Materialen

1. Generieke vragenlijsten

1.1. OQ-45

De Nederlandse vertaling (De Jong et al., 2008) van de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; Lambert et al., 1996) is een generieke vragenlijst die bestaat uit 45 items. De items worden beoordeeld op een 5-punts Likert schaal, van '0=nooit' tot '4= bijna altijd'. De OQ-45 bestaat uit drie subschalen. De subschaal Symptomatische Distress (SD) bestaat uit 25 items betreffende veelvoorkomende psychiatrische stoornissen, zoals depressie en angststoornissen. De subschaal Interpersoonlijke Relaties (IR) bestaat uit 11 items betreffende het functioneren met betrekking tot de persoonlijke relaties met de partner, familie of vrienden. De subschaal Sociale Rol (SR) bestaat uit 9 items betreffende het functioneren op school, op het werk en in de vrije tijd. De betrouwbaarheid en de validiteit van de OQ-45 zijn goed. De Cronbach's Alfa van de totale vragenlijst is .96. De gevoeligheid voor verandering van de OQ-45 is goed, wat de vragenlijst bruikbaar maakt voor het meten van therapie-effect.

1.2. BSI

De Nederlandse vertaling (De Beurs & Zitman, 2006) van de Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1975) is een generieke zelfrapportage vragenlijst die bestaat uit 53 items. De BSI meet de psychologische gesteldheid en de ernst van de psychopathologie. De patiënten geven aan in hoeverre de betreffende problemen belemmerend zijn geweest in de afgelopen week, inclusief de dag dat de lijst is ingevuld. De items worden beoordeeld op een 5-punts Likert schaal, van '0=helemaal niet' tot '4=heel erg'. De BSI meet negen dimensies van

psychopathologie: Somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), Interpersoonlijke gevoeligheid (INT), Depressieve stemming (DEP), Angst (ANG), Hostiliteit (HOS), Fobische angst (FOB), Paranoide gedachten (PAR) en Psychoticisme (PSY). Verder meet de BSI het aantal aanwezige symptomen (AAS), de ernst van de aanwezige symptomen (EAS) en het totaal aantal klachten (TOT). Elke dimensie bestaat uit vier tot zes items. De betrouwbaarheid van de BSI is goed, met een Cronbach's Alfa van .96. De validiteit is voldoende.

2. Diagnose specifieke vragenlijsten

De geselecteerde specifieke lijsten representeren de klachten van de betreffende stoornissen.

2.1. OCI-R

De Nederlandse vertaling (Cordova-Middelbrink, Dek & Engelbarts, 2007) van de Obsessive Compulsive Inventory – Revised (OCI-R; Foa et al., 2002) is een diagnose specifieke zelfrapportage vragenlijst die bestaat uit 18 items. De OCI-R meet de aanwezigheid van obsessieve-compulsieve symptomen in de afgelopen maand. De items worden beoordeeld op een 5-punts Likert schaal, van '0=helemaal niet' tot '4=extreem'. Er worden zes subschalen onderscheiden: wassen, controleren, ordenen, obsessies, verzamelen en neutraliseren. Uit onderzoek is gebleken dat de psychometrische kwaliteiten van de OCI-R goed zijn (Cordova-Middelbrink, Dek & Engelbarts, 2007). Zo heeft de OCI-R een Cronbach's Alfa van .91 (Droogendijk & Eeuwijk, 2011).

2.2. Y-BOCS

De Nederlandse vertaling (Arrindell, Albersnagel, van Oppen, 1990) van de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a) meet de aard en de ernst van obsessief-compulsieve symptomen en bestaat uit 72 items. De vragenlijst bestaat uit een gestructureerd klinisch interview en een checklist voor symptomen. Deelnemende patiënten hebben echter alleen het interview ingevuld. Het interview bevat 10 items (5 over obsessies en 5 over compulsies). De items worden beoordeeld op een 5-punts Likert schaal, van '0=geen symptomen' tot '4=extreme symptomen'. De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse versie van de Y-BOCS zijn niet bekend, echter de Engelse versie van de Y-BOCS is volgens Goodman et al. (1989a; 1989b) een betrouwbare en valide beoordelingsschaal om de ernst van symptomen bij OCS-patiënten te meten. Ook blijkt de Y-BOCS goed bruikbaar voor het meten van therapie-effect (Van Balkom & Van Oppen, 1996).

2.3. BSQ

De Nederlandse vertaling (Bouman, 1998) van de Body Sensations Questionnaire (BSQ; Chambless, Caputo, Bright, Gallagher, 1984) is een diagnose specifieke vragenlijst die angst voor lichamelijke sensaties meet. Deze kunnen optreden wanneer men gespannen of angstig is. De BSQ bevat 17 items. Dit zijn zowel somatische als psychische symptomen die kunnen optreden bij paniek. De items worden beoordeeld op een 5-punts Likert schaal, van '0=niet angstig of bezorgd' tot '4= heel erg angstig'. Er worden voorlopig zes subschalen onderscheiden: Cardiale en respiratoire symptomen, gastro-intestinaal, symptomen die duiden op activiteit van het perifere zenuwstelsel of centrale zenuwstelsel en psychische symptomen. Bij het gebrek aan een definitieve factoroplossing wordt echter alleen de totaalscore berekend. De psychometrische kwaliteiten van de BSQ zijn goed, met een Cronbach's Alfa van .91 voor de totaalscore. Ook de validiteit is goed bevonden. (Bouman, 1998).

2.4. MI

De Nederlandse vertaling (De Beurs, 2001) van de Mobility Inventory (MI; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, Williams, 1985) is een diagnose specifieke zelfrapportage vragenlijst, bestaande uit 27 situaties die vaak vermeden worden door patiënten met agorafobie en paniekstoornis. Deze situaties zijn verdeeld in categorieën, waaronder grote open ruimten, reizen en winkels. De mate van vermijding (alleen of met iemand samen) wordt beoordeeld op een 5-punts Likert schaal, van '0=nooit' tot '4=altijd'. Daarnaast worden de vijf meest relevante situaties aangegeven. Ook wordt het aantal paniekaanvallen in de afgelopen week gerapporteerd. Tenslotte wordt door de patiënt aangegeven welke situaties hij wel aandurft. De twee subschalen zijn vermijding en vermijding onder begeleiding van een vertrouwd persoon. De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse versie van de MI zijn niet bekend, echter volgens Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams (1985) is de Engelse versie van de MI een betrouwbare en valide beoordelingsschaal om de mate van vermijding te meten. Zo is er sprake van een Cronbach's alfa van .94 voor de subschaal vermijding alleen en .95 voor de subschaal vermijding onder begeleiding van een vertrouwd persoon.

2.5. PSS-SR

De Nederlandse vertaling (Arntz, 1993) van de PTSD Symptom Scale – Self-Report (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancy & Rothbaum, 1993) is een diagnose specifieke vragenlijst die de symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) meet, zoals deze in de DSM-IV-TR (APA, 2000) beschreven staan. De vragenlijst bestaat uit 17 items. De items worden beoordeeld op een 3-punts Likert schaal, van '0=helemaal niet of één keer' tot '3=bijna altijd of meer dan vijf keer per week'. Het betreft de PTSS symptomen in de afgelopen twee weken. Er worden drie subschalen onderscheiden: herbeleving, vermijding en arousal. De PSS-SR

heeft een goede betrouwbaarheid, met een Cronbach's Alfa van .93. Ook is de validiteit van de lijst goed. (Wohlfarth, van den Brink, Winkel & ter Smitten, 2003).

2.6. PTCI

De Nederlandse vertaling (Emmerik, Schoorl, Emmelkamp, Kamphuis, 2006) van de Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; Foa, Tolin, Ehlers, Clark, Orsillo, 1999) is een diagnose specifieke vragenlijst die trauma gerelateerde gedachten en overtuigingen meet. De vragenlijst bestaat uit 36 items. De items worden beoordeeld op een 7-punts Likert schaal, van '1= helemaal niet mee eens' tot '7=helemaal mee eens'. De vragenlijst bestaat uit drie subschalen: negatieve cognities over zichzelf, negatieve cognities over de wereld en zelfverwijt. De betrouwbaarheid van de PTCI is goed, met een Cronbach's Alfa van .94. Ook de validiteit is goed.

2.7. SPAI

De Nederlandse versie (Scholing, Bögels & Van Velzen, 1995) van de Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989) is een diagnose specifieke vragenlijst die sociale fobie meet. De vragenlijst bestaat uit 45 items. De vragenlijst bestaat uit twee subschalen: sociale fobie en agorafobie. De items worden beoordeeld op een 7-punts Likert schaal, van '1=nooit' tot '7=altijd'. Een deel van de items over sociale fobie wordt vier keer beantwoord: over vreemden, het andere geslacht, gezagsdrager en over mensen in het algemeen. De betrouwbaarheid en de validiteit van de SPAI zijn goed. De schaal over sociale fobie is beoordeeld met een Cronbach's Alfa van .99 en de schaal over Agorafobie is beoordeeld met een Cronbach's Alfa van .91 (Scholing et al., 1995).

2.8. SCS

De Nederlandse vertaling (Vleeming & Engelse, 1981) van de Self-Consciousness Scale (SCS; Fenigstein, Scheier & Buss, 1975) is een diagnose specifieke vragenlijst die zelfbewustzijn meet. De vragenlijst bestaat uit 23 items en heeft drie subschalen: persoonlijk zelfbewustzijn, publiek zelfbewustzijn en sociale angst. De items worden beoordeeld op een 5-punts Likert schaal, van '0=heel karakteristiek/helemaal mee eens' tot '4=helemaal niet karakteristiek/helemaal niet mee eens'. De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse versie van de SCS zijn niet bekend, echter de Engelse SCS is als betrouwbaar en valide beoordeeld (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975; Turner, Scheier, Carver & Ickes, 1978). De SCS had een Cronbach's Alfa van .80 voor de totaalscore (Fenigstein et al., 1975).

Resultaten

Als voorbereiding op de analyses werden eerst van alle patiënten totaalscores op elke vragenlijst berekend. Om de vooruitgang zoals gemeten met de verschillende instrumenten te kunnen vergelijken, werden de totaalscores uitgedrukt in een z-score. Om de statistische power te vergroten werd er één variabele gemaakt voor alle diagnose specifieke maten. Per patiënt werd een gemiddelde verschilscore berekend voor de OQ-45, de BSI en de diagnose specifieke vragenlijsten. De verschilscore werd berekend door de gestandaardiseerde score op de nameting af te trekken van de gestandaardiseerde score op de voormeting. Deze gemiddelde verschilcores zijn een indicatie van de behandelvooruitgang. De verschilcores werden per vragenlijst over voor- en nameting gestandaardiseerd zodat het gemiddelde van alle scores nul was en de standaarddeviatie één.

Er zijn drie verschillende analyses uitgevoerd; van algemeen naar specifiek. Allereerst is de vraag onderzocht of generieke of specifieke maten over het algemeen een groter verschil lieten zien tussen voor-en nameting. Hiervoor is gebruik gemaakt van een één-weg herhaalde metingen *analysis of variance* (ANOVA) over de diagnostische groepen heen. Hierbij was de onafhankelijke variabele het type vragenlijst. Hier werden drie groepen vragenlijsten gebruikt; de OQ-45, de BSI en alle specifieke vragenlijsten als één groep. Om de specifieke vragenlijsten als één factor te gebruiken werden de verschillen tussen voor- en nameting uitgedrukt in z-scores gemiddeld over alle specifieke vragenlijsten heen. De afhankelijke variabele was de behandelvooruitgang, uitgedrukt in het verschil tussen voor- en nameting.

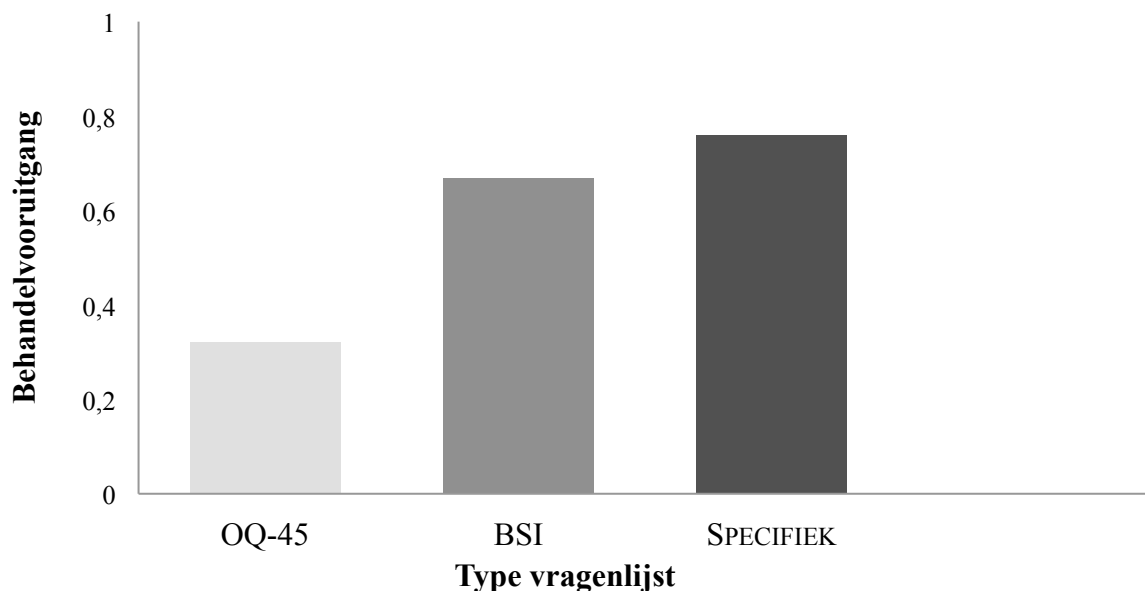
Vervolgens is de vraag beantwoord of er bij één van de stoornissen een groter verschil tussen voor-en nameting aanwezig bleek te zijn dan bij de andere stoornissen, en of er bij één of meerdere stoornissen verschil was in de behandelvooruitgang gemeten door de OQ-45, de BSI of de specifieke maten (wederom als één groep). Dit gebeurde met een 3 x 4 herhaalde metingen ANOVA. De within-subjects factor hierbij was het type vragenlijst (OQ-45, BSI en de specifieke vragenlijsten als één groep). De between-subjects factor was hoofddiagnose (OCS, PTSS, PS, SAS).

Tenslotte is per hoofddiagnose de vraag beantwoord of één van de vragenlijsten een groter verschil liet zien tussen voor-en nameting dan de andere vragenlijsten. Hiervoor is vier keer een één-weg herhaalde metingen ANOVA gedaan. In tegenstelling tot bij de vorige analyses zijn hierbij de verschillen tussen de voor- en de nametingen van alle specifieke vragenlijsten niet gemiddeld. De specifieke vragenlijsten worden hier apart opgenomen in de analyse. Per stoornis werden dus de OQ-45, de BSI en twee specifieke vragenlijsten opgenomen. Hierbij was de onafhankelijke variabele de vragenlijst (OQ-45, BSI en twee specifieke vragenlijsten per hoofddiagnose), de afhankelijke variabele was de

behandelvooruitgang uitgedrukt in het verschil tussen voor en nameting. Data zijn geanalyseerd met behulp van IBM SPSS Statistics Data Editor versie 21.00 (IBM, 2012).

1. Behandel-effecten gemeten door middel van OQ-45, BSI en specifieke vragenlijsten (als één groep) ongeacht diagnose.

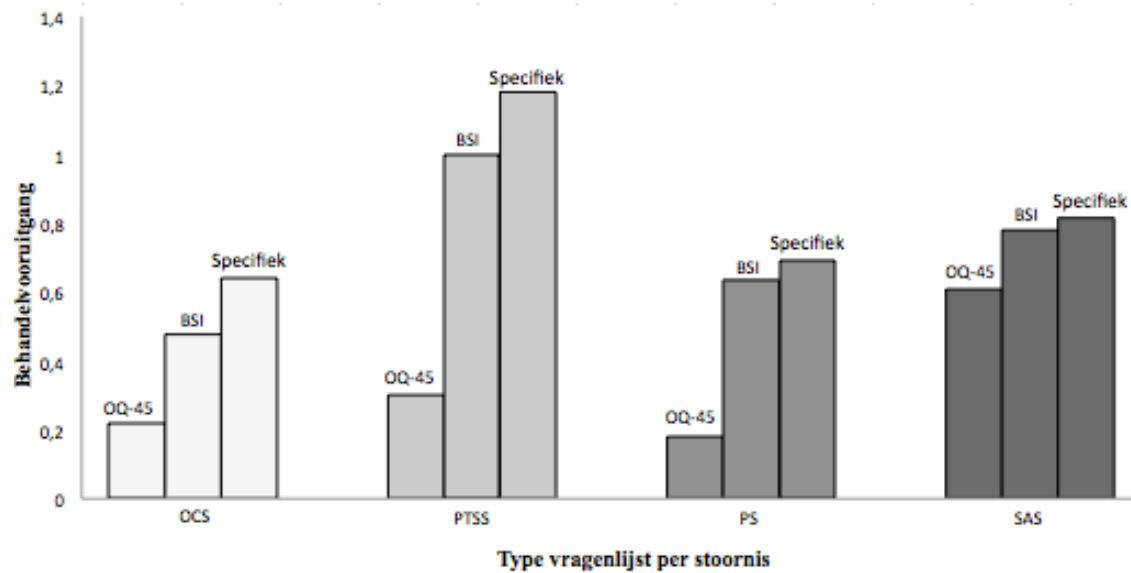
Deze één-weg herhaalde metingen ANOVA is gedaan over de diagnostische groepen heen, de groep bestond in totaal uit 160 patiënten. Mauchly's test duidde aan dat de assumptie van sphericiteit geschonden was, $\chi^2(2) = 52.06$, $p < .001$. Daarom zijn de vrijheidsgraden aangepast door middel van de Huynh-Feldt correctie voor sphericiteit ($\epsilon = .79$). De resultaten lieten een significant verschil zien tussen de vragenlijsten in weergave van behandelvooruitgang, $F(1.57, 250.32) = 9.96$, $p < .001$. De effectgrootte was matig (Pallant, 2010), $\eta_p^2 = .06$. Een Bonferroni post-hoc toets wees uit dat de BSI ($M = 0.67$, $SD = 0.06$) significant sensitiever was voor het meten van behandelvooruitgang dan de OQ-45 ($M = 0.32$, $SD = 0.10$), $p = .01$. Ook bleken de specifieke maten ($M = 0.76$, $SD = 0.06$) significant sensitiever te zijn voor het meten van behandelvooruitgang dan de OQ-45, $p < .001$. De specifieke maten bleken niet significant sensitiever te zijn voor het meten van behandelvooruitgang dan de BSI, $p = .61$. In Figuur 1 is de behandelvooruitgang voor elk type vragenlijst weergegeven.



Figuur 1. Behandelvooruitgang in gestandaardiseerde verschillscores voor de Outcome Questionnaire-45, de Brief Symptom Inventory en de specifieke vragenlijsten als één groep.

2. *Behandeleffecten gemeten door middel van de OQ-45, BSI en specifieke vragenlijsten (als één groep) uitgesplitst naar hoofddiagnose.*

De 3 (type vragenlijst) x 4 (hoofddiagnose) herhaalde metingen ANOVA wees het volgende uit. Mauchly's test duidde aan dat de assumptie van sphericiteit geschonden was, $\chi^2(2) = 50.30, p < .001$. Daarom zijn de vrijheidsgraden aangepast door middel van de Huynh-Feldt correctie voor sphericiteit ($\epsilon = .81$). De resultaten lieten een hoofdeffect zien voor type vragenlijst, $F(1.61, 251.09) = 10.35, p < .001$. Zoals in figuur 1 te zien is liet de OQ-45 significant minder behandelvooruitgang zien dan de BSI en de specifieke maten. Ook bleek er een hoofdeffect te zijn voor hoofddiagnose, $F(3, 156) = 3.06, p = .03$. De effectgrootte was matig, $\eta_p^2 = .06$. Een *least significant differences* (LSD) post-hoc toets wees uit dat OCS patiënten ($M = 0.45, SD = 0.51$) significant minder vooruitgang lieten zien tussen voor-en nameting dan PTSS patiënten ($M = 0.83, SD = 0.80$), $p = .03$. Ook bleken OCS patiënten significant minder vooruitgang te laten zien tussen voor- en nameting dan SAS patiënten ($M = 0.73, SD = 0.54$), $p = .02$. Er bleek geen significant verschil te zijn tussen OCS patiënten en PS patiënten ($M = 0.50, SD = 0.61$), $p = .64$), geen significant verschil tussen PTSS patiënten en SAS patiënten ($p = .59$) geen significant verschil, maar wel een trend richting significantie tussen PTSS patiënten en PS patiënten ($p = .05$) en geen significant verschil, maar eveneens een trend richting significantie, tussen PS patiënten en SAS patiënten ($p = .05$). Er bleek geen significant interactie effect te zijn tussen hoofddiagnose en type vragenlijst, $F(4.83, 251.09) = 0.69, p = .63$. Dit houdt in dat er geen groter verschil tussen voor- en nameting gemeten werd door één van de typen vragenlijsten bij één van de hoofddiagnoses. In Figuur 2 is de behandelvooruitgang gemeten door de OQ-45, de BSI en de specifieke vragenlijsten (als één groep) per stoornis te zien.



Figuur 2. Behandelvoortgang in gestandaardiseerde verschilcores per hoofddiagnose gemeten met de Outcome Questionnaire-45, de Brief Symptom Inventory en de specifieke vragenlijsten als één groep.

3. Behandel effecten gemeten door middel van de OQ-45, de BSI, en twee diagnose specifieke maten per hoofddiagnose

OCS

De groep met hoofddiagnose OCS bestond uit 44 patiënten. Mauchly's test duidde aan dat de assumptie van sfericiteit geschonden was, $\chi^2(5) = 37.71$, $p < .001$. Daarom zijn de vrijheidsgraden aangepast door middel van de Greenhouse-Geisser correctie voor sfericiteit ($\epsilon = .64$). Er bleek geen significant verschil, maar wel een trend te zijn in behandelvoortgang van OCS patiënten gemeten door de OQ-45, de BSI, de OCI-R en de Y-BOCS, $F(1.91, 82.27) = 2.78$, $p = .07$. Een Bonferroni post-hoc toets wees uit dat de OCI-R ($M = 0.67$, $SD = 0.12$) matig sensitiever was voor het meten van behandelvoortgang dan de OQ-45 ($M = 0.22$, $SD = 0.16$), $p = .19$.

PTSS

De groep met hoofddiagnose PTSS bestond uit 16 patiënten. Mauchly's test duidde aan dat de assumptie van sfericiteit geschonden was, $\chi^2(5) = 24.60$, $p < .001$. Daarom zijn de vrijheidsgraden aangepast door middel van de Greenhouse-Geisser correctie voor sfericiteit ($\epsilon = .48$). Er bleek geen significant verschil, maar wel een marginale trend te zijn in behandelvoortgang van PTSS patiënten gemeten door de OQ-45, de BSI, de PSS-SR en de PTCI, $F(1.44, 21.66) = 2.94$, $p = .09$. Een Bonferroni post-hoc toets wees uit dat de PSS-SR

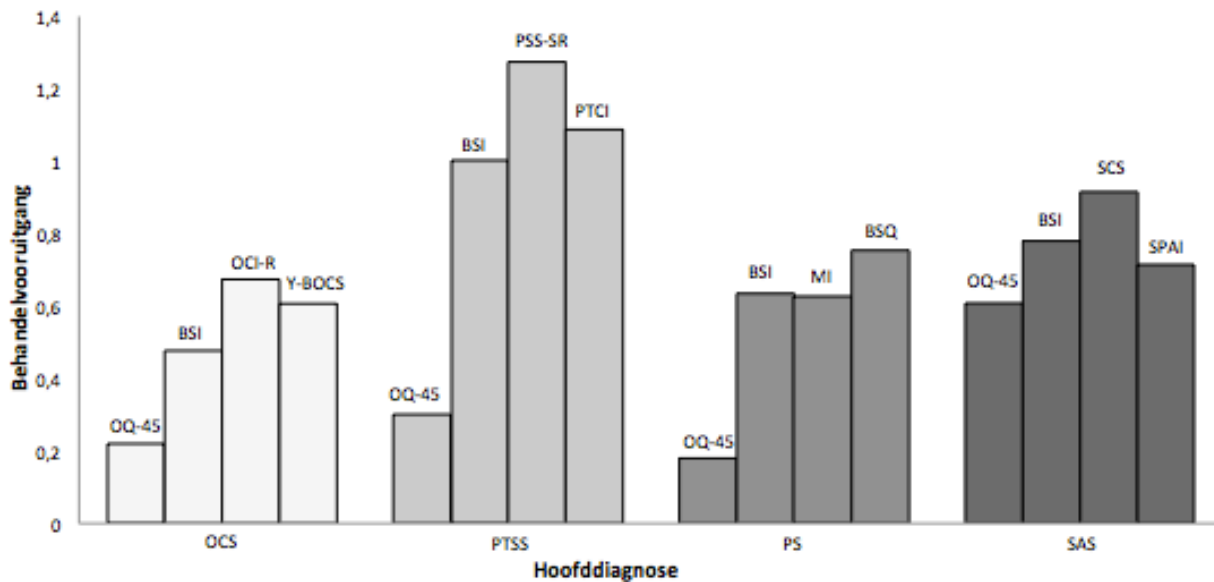
($M = 1,27$, $SD = 0,21$) matig sensitiever was voor het meten van behandelvooruitgang dan de OQ-45 ($M = 0,30$, $SD = 0,37$), $p = .17$.

PS

De groep met hoofddiagnose PS bestond uit 56 patiënten. Mauchly's test duidde aan dat de assumptie van sfericiteit geschonden was, $\chi^2(5) = 31,24$, $p < .001$. Daarom zijn de vrijheidsgraden aangepast door middel van de Greenhouse-Geisser correctie voor sfericiteit ($\epsilon = .74$). De resultaten lieten zien dat de behandelvooruitgang significant verschilde tussen de verschillende vragenlijsten, $F(2,22, 122,29) = 3,49$, $p = .03$. De effectgrootte was matig, $\eta_p^2 = .06$. Een LSD post-hoc toets wees uit dat de BSQ ($M = 0,75$, $SD = 0,92$) significant sensitiever was voor het meten van behandelvooruitgang dan de OQ-45 ($M = 0,18$, $SD = 1,5$), $p = .02$. Ook de MI ($M = 0,62$, $SD = 0,91$) bleek significant sensitiever te zijn voor het meten van behandelvooruitgang dan de OQ-45, $p = .04$.

SAS

De groep met hoofddiagnose SAS bestond uit 44 patiënten. Mauchly's test duidde aan dat de assumptie van sfericiteit geschonden was, $\chi^2(5) = 24,15$, $p < .001$. Daarom zijn de vrijheidsgraden aangepast door middel van de Greenhouse-Geisser correctie voor sfericiteit ($\epsilon = .74$). Er bleek geen significant verschil te zijn in behandelvooruitgang van SAS patiënten gemeten door de OQ-45, de BSI, de SCS en de SPAI, $F(2,22, 95,51) = 0,73$, $p = .50$. In Figuur 3 is de behandelvooruitgang gemeten door alle vragenlijsten per hoofddiagnose weergegeven.



Figuur 3. Behandelvooruitgang in gestandaardiseerde verschilcores per hoofddiagnose gemeten met de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45), de Brief Symptom Inventory (BSI) en twee specifieke vragenlijsten per stoornis. Voor de obsessieve compulsieve stoornis (OCS) werden de Obsessive Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) en de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) gebruikt. Voor de posttraumatische stressstoornis (PTSS) werden de PTSD Symptom Scale – Self-Report (PSS-SR) en de Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) gebruikt. Voor de paniekstoornis (PS) werden de Body Sensations Questionnaire (BSQ) en de Mobility Inventory (MI) gebruikt. Voor de sociale angststoornis (SAS) werden de Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) en de Self-Consciousness Scale (SCS) gebruikt.

Discussie

Bij het meten van behandelvooruitgang door middel van ROM-instrumenten kan gebruik worden gemaakt van diagnosespecifieke en generieke vragenlijsten. In het huidige onderzoek werd onderzocht welke van deze twee soorten instrumenten sensitiever is voor het meten van behandelvooruitgang. Omdat er in CGT gefocust wordt op de specifieke angstklachten, worden deze geacht te verminderen. Als gevolg hiervan werd verwacht dat de diagnosespecifieke maten sensitiever zijn voor het meten van behandelvooruitgang dan de generieke maten.

Deze vraag is in drie stappen beantwoord.

- 1) Allereerst werd getoetst of generieke of specifieke maten (als één groep) een groter verschil lieten zien tussen voor- en nameting. Gevonden werd a) dat de specifieke maten inderdaad een groter behandel-effect lieten zien dan de OQ-45. Echter, b) de specifieke maten bleken niet sensitiever dan de BSI. Ten slotte werd gevonden dat c) de behandelvooruitgang gemeten door de BSI groter was dan de behandelvooruitgang gemeten door de OQ-45. Bevinding a) ondersteunt de hypothese. Bevinding b) ondersteunt de hypothese niet. De specifieke instrumenten lieten een enigszins grotere behandelvooruitgang zien dan de BSI, echter dit verschil was niet significant. Bevinding c) wordt in de volgende stappen verder toegelicht.
- 2) Als tweede stap werd nagegaan of er bij één van de stoornissen een grotere behandelvooruitgang te zien was dan bij de andere stoornissen en of er, per stoornis, verschil was in de behandelvooruitgang gemeten door de OQ-45, de BSI of de specifieke maten (wederom als één groep). Gevonden werd dat er wel een verschil was tussen de behandelvooruitgang van de verschillende hoofddiagnosegroepen; ongeacht het type meetinstrument lieten a) OCS patiënten significant minder vooruitgang zien tussen voor- en nameting dan PTSS patiënten en SAS patiënten. Bovendien was er b) geen significant verschil maar wel een trend richting significantie tussen PTSS en PS patiënten; PTSS patiënten lieten hier meer vooruitgang zien. Dit verschil was echter niet significant. Dit geldt ook voor het verschil tussen PS en SAS patiënten, waarbij c) SAS patiënten meer behandelvooruitgang lieten zien dan PS patiënten. Dit verschil was wederom niet significant. Er bleek geen interactie effect te zijn tussen hoofddiagnose en type vragenlijst. Dit betekent dat er per hoofddiagnose geen grotere behandelvooruitgang gemeten werd door één van de typen vragenlijsten.
- 3) Tot slot is per hoofddiagnose nagegaan of één van de vier vragenlijsten sensitiever was voor het meten van behandelvooruitgang dan de andere vragenlijsten. Gevonden werd dat; a) de BSQ was significant sensitiever voor het meten van

behandelvooruitgang dan de OQ-45. Ook b) bleek de MI significant sensitiever te zijn voor het meten van behandelvooruitgang dan de OQ-45. Bovendien bleek er c) bij OCD sprake te zijn van een trend; de OCI-R bleek bijna significant sensitiever voor het meten van behandelvooruitgang dan de OQ-45. Ook d) bij PTSS was sprake van een marginale trend; de PSS-SR bleek bijna significant sensitiever voor het meten van behandelvooruitgang dan de OQ-45.

De belangrijkste bevinding is dat het meest algemene meetinstrument, de OQ-45, systematisch en aanzienlijk minder sensitief is voor het meten van behandelvooruitgang dan de andere instrumenten (zie Figuur 3).

Een mogelijke verklaring voor het feit dat de OQ-45 minder sensitief blijkt te zijn voor het meten van behandelvooruitgang is dat de OQ-45 zich, naast de ernst van de klachten, ook richt op het dagelijks functioneren en algemene kwaliteit van leven (De Jong et al., 2008). De totaalscore op de OQ-45 wordt voor iets meer dan de helft bepaald door de ernst van de psychiatrische klachten. Dit betekent dat bijna de helft van de totaalscore bepaald wordt door vragen over het algemeen functioneren. Bovendien wordt er door Hafkenscheid (2008) nog een aantal inhoudelijke bezwaren genoemd over de OQ-45. De OQ-45 bevat acht items (4, 12, 14, 28, 32, 38, 39 en 44) die veronderstellen dat de patiënten werken of een opleiding volgen. Dit maakt dat achttien procent van de items niet van toepassing zijn op patiënten die door omstandigheden niet werken en geen opleiding volgen. Bovendien wordt aangenomen dat de patiënten een liefdesrelatie hebben en over een 'seksleven' beschikken. De BSI meet uitsluitend psychologische symptomen en psychiatrische stoornissen (Degoratis & Spencer, 1993). Deze vragenlijst meet, net als de specifieke vragenlijsten, de ernst van psychische symptomen. De vragen zijn hierbij niet gespecificeerd voor een bepaalde stoornis. Dit betekent dat de BSI algemener is dan de specifieke vragenlijsten. In het huidige onderzoek is echter gebleken dat de BSI specifiek genoeg is om de behandelvooruitgang die gemeten wordt door de specifieke vragenlijsten ook weer te kunnen geven. Concluderend kan gesteld worden dat de OQ-45, als therapie effectmaat en als ROM-instrument, een onderschatting oplevert van het effect van de behandeling.

Als tweede stap in dit onderzoek is onderzocht of er bij één van de stoornissen meer behandelvooruitgang te zien was dan bij de andere stoornissen, en of er bij één of meerdere stoornissen verschil was in de behandelvooruitgang gemeten door de OQ-45, de BSI of de specifieke maten (als één groep). Er bleek wel een verschil te zijn tussen de behandelvooruitgang van de verschillende hoofddiagnosegroepen. De OCS patiënten lieten hier minder behandelvooruitgang zien dan de PTSS patiënten en de SAS patiënten. Een mogelijke reden hiervoor is dat OCS patiënten mogelijk over het algemeen moeilijker te behandelen zijn en dus minder behandelvooruitgang laten zien dan patiënten met PTSS of SAS. Veertig tot 60% van de OCS patiënten hebben geen bevredigend behandelresultaat

(CMI, 1991; Goodman, McDougle & Price, 1992; Jenike & Rauch, 1994; McDougle, Goodman, Leckman & Price, 1993; Piccinelli, Pini, Bellantuono & Wilkinson, 1995; Pigott & Seay, 1999; Rasmussen Eisen & Pato, 1993). Er is echter geen onderzoek bekend waarin onderzocht wordt of OCD patiënten ook daadwerkelijk minder goed reageren op een behandeling dan patiënten met een andere diagnose. Tussen PTSS en PS patiënten en tussen PS en SAS patiënten werd geen significant verschil gevonden. Wel was er een statistische trend en kan het uitblijven van significantie te wijten zijn aan een geringe power. De groep patiënten met PTSS bestond bijvoorbeeld uit slechts 16 personen.

Als laatste stap in het huidige onderzoek is per hoofddiagnose de vraag beantwoord of bepaalde vragenlijsten sensitiever waren voor het meten van behandelvoortgang dan andere vragenlijsten. Bij de paniekstoornis bleken beide specifieke meetinstrumenten (de MI en de BSQ) sensitiever te zijn voor het meten van behandelvoortgang dan de OQ-45. Dit is de enige hoofddiagnose waarbij dit het geval was. De oorzaak hiervan kan zijn dat de statistische power bij deze groep het hoogst is, omdat deze het grootste aantal patiënten bevat (N=56). Ook bij OCS en PTSS is een trend richting significantie te zien, ondanks het feit dat PTSS de kleinste patiëntengroep is (N=16). Over het algemeen kan gesteld worden dat, wanneer men alle groepen samen neemt, de OQ-45 het minst sensitief is voor het meten van behandelvoortgang. Dit patroon is bij alle groepen te zien, maar vanwege de lage power is het verschil alleen significant bij de patiëntengroep met het grootste aantal patiënten (paniekstoornis).

Er zijn verschillende beperkingen aan dit onderzoek gebonden. Zoals in Figuur 2 te zien is, lijken de specifieke maten over het algemeen beter behandelvoortgang te meten dan de algemene instrumenten. Door de te lage power is dit verschil echter bij slechts één patiëntengroep significant. Een grove poweranalyse met behulp van het programma G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) suggereert dat er circa 50 proefpersonen nodig zouden zijn per patiëntengroep om tot een significant resultaat te komen. Een andere mogelijke beperking is de complexe problematiek van de patiënten. Het AAA is een derdelijns afdeling, van Altrecht Polikliniek waar patiënten behandeld worden die elders, in de tweede lijn, onvoldoende reageren op CGT en medicatie. Hierdoor is het niet duidelijk of de resultaten van het huidige onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden. Daar tegenover staat dat er geen duidelijk reden is waarom dit niet zou kunnen.

Ondanks deze beperkingen kunnen er bruikbare conclusies getrokken worden. Allereerst blijkt dat een algemene lijst als de OQ-45 minder sensitief is voor het meten van behandelvoortgang dan de specifieke vragenlijsten. De OQ-45 bestaat voor een aanzienlijk deel uit vragen over algemeen functioneren. De BSI en de specifieke vragenlijsten meten enkel de ernst van de psychiatrische symptomen. De BSI doet dit op algemener niveau dan de specifieke vragenlijsten, maar lijkt desondanks toch sensitief genoeg te zijn om

behandelvooruitgang te meten. Op basis van het resultaat van dit onderzoek wordt voor ROM de aanbeveling gedaan om geen meetinstrumenten te gebruiken die zich voor een groot deel richten op het algemeen functioneren als men onderzoekt of de symptomen van een specifieke stoornis verminderen.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision*. (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Arntz, A. (1993). *Dutch translation of the PSS-SR*. Universiteit Maastricht, Nederland: Author.
- Arrindell, W.A., Albersnagel, F.A., & Oppen, P., van. (1990). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Nederlandse bewerking, verkorte versie. Verkregen op 13 november, 2013 op http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_130pdf.pdf
- Balkom, A.J.L.M. van., & Oppen, P. van. (1996). State of the Art. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38.
- Beurs, E. de (2001). *Mobility Inventory, Nederlandse vertaling*. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum.
- Beurs, E. de, Hollander-Gijsman, M. E. den, Rood, Y. R. van, Wee, N. J. A. Van der, Giltay, E. J., Noorden, et al. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 1-12.
- Beurs, E. de & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): de betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Bouman, T.K. (1998). De Body Sensation Questionnaire (BSQ). *Gedragstherapie*, 31, 165-168.
- Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., Van Vliet, I. M., Van Fenema, E., Van der Wee, N. J. A. & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 104-110.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Clark, D. A., Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- CMI Group (1991). Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. The clomipramine collaborative study group. *Archives of General Psychiatry* 48, 730-738.

- Cordova-Middelbrink, J. A., Dek, E. C. P., & Engelbarts, M. M. B. (2007). Automatisering bij subklinische obsessief-compulsieve stoornis [automatic processes in subclinical obsessive-compulsive disorder]. Unpublished master thesis. Utrecht: Utrecht University.
- Derogatis, L.R. (1975). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1993). *Brief Symptom Inventory: BSI*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Droogendijk, J. & Eeuwijk, K. M. van. (2011). De invloed van rigiditeit en omgevingsfactoren op het ontstaan en in stand houden van obsessieve-compulsieve stoornis. Unpublished master thesis. Utrecht: Utrecht University.
- Emmerik, A. A. P. van, Schoorl, M., Emmelkamp, P. M. G., Kamphuis, J. H. (2006). Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1053-1065.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39, 175-191.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Asssment and theory. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psycholoty*, 43, 522-527.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I disorders - research version*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E.B., Huppert J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P.M. (2002). The obsessive–compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
- Foa, E. B., Tolin, D. F., Ehlers, A., Clark, D. M. & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Gersons, B. P. R. & Olff, M. (2005). *Behandelingsstrategieen bij posttraumatische stressstoornissen (tweede druk)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L.,

- Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry* 46, 1006- 1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry* 46, 1012-1016.
- Goodman, W.K., McDougle, C.J., Price, L.H. (1992). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 53, 29–37.
- Groenestijn, M. A. C. van, Akkerhuis, G. W., Kupka, R. W., Schneider, N. & Nolen, W. A. (1998). *SCID-I: Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV as-I stoornissen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Hafkenscheid, A. (2008). Routine Process Monitoring: ervaringen uit de praktijk. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 46, 327-345.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., Forman, E.V. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice* , 9, 329-43.
- Hendriks, G. J. (2004). De medicamenteuze behandeling van angststoornissen. *Springer*, 20, 333-339.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621– 632.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. (2008). Vier principes. *Maatwerk*, 9, 8-10.
- Jenike, M.A., Rauch, S.L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry* 55, 11–17.
- Jong, K. de, Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J.E.A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een crossculturele validatie. *Psychologie & Gezondheid*, 36.
- Laane, R., Luijk, R. (2012). ROM en positie van zorgverzekeraars. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54 (2), 135-139.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., Christopherson, C. & Burlingame, G.M. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
- McDougle, C.J., Goodman, W.K., Leckman, J.F., Price, L.H. (1993). The psychopharmacology of obsessive compulsive disorder. Implications for treatment and pathogenesis. *Psychiatric Clinics of North America* 15, 749–766.
- Nugter, M. A., & Buwalda, V. J. A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van rom in de ggz. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54.

- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed.). New York, NY: Open University Press.
- Pallanti, S., Hollander, E., Bienstock, C., Koran, L., Leckman, J., Marazziti, D., et al. (2002). Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5, 181-191.
- Patrick, D. L., & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27.
- Piccinelli, M., Pini, S., Bellantuono, C., Wilkinson, G. (1995). Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. *British Journal of Psychiatry* 166, 424-443.
- Pigott, T.A., Seay, S.M. (1999). A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 101-106.
- Pieters, G. (2006). De combinatie van cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie bij angst- en stemmingsstoornissen. *PsyFar*, 1, 43-45.
- Prus, A. J. (2013). *An Introduction to Drugs and the Neuroscience of Behavior* (International Edition). Wadsworth: Cengage Learning.
- Rapoport, J. L. (2008). *Childhood onset of 'adult' psychopathology: Clinical and research advances*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Rasmussen, S.A., Eisen, J.L., Pato, M.T. (1993). Current issues in the pharmacological management of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 54, 4-9.
- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T., & Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 24-28.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Scholing, A., Bögels, S. M., & Van Velzen, C. (1995). The Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). Authorized translation.
- Stichting Benchmark GGZ. (z.d.). Verkregen op 29 oktober op http://www.sbggz.nl/Vervolg_home.
- Trauer, T. (2010). *Outcome measurement in mental health: theory and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trimbos, 2011. Angststoornissen. Verkregen op 3 oktober 2013 op <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/angststoornissen-algemeen>.

- Trimbos Instituut. (2011). Multi Disciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Verkregen op 29 oktober 2013 op <http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/site/pagina.php&id=35>.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 35–40.
- Turner, R. G., Scheier, M. F., Carver, C. S. & Ickes, W. (1978). Correlates of self-consciousness. *Journal of Personality Assessment, 42*, 285-289.
- Vleeming, R. G., Engelse, J. A. (1981). Assessment of private and public self-consciousness: A Dutch replication. *Journal of Personality Assessment, 45*, 385-389.
- Wohlfarth, T. D., Brink W. van den, Winkel, F. W., Smitten M. ter. (2003). Screening for posttraumatic stress disorder: An evaluation of two self-report scales among crime victims. *Psychological Assessment, 15*, 101–109.
- Zitman, F. G. (2012). Rom bij stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen; bemoedigende resultaten. *Tijdschrift voor psychiatrie, 54*.