



Universiteit Utrecht

Master Orthopedagogiek

2017-2018

Het Effect van kortdurende Behandeling binnen Apanta bij Adolescenten met een psychiatrische Stoornis en de Invloed van Non-specifieke Factoren

Naam: F.M.J. Lambermont (Frédérique)

Studentnummer: 5922615

Docent: Denise Bodden

Tweede beoordelaar: Marieke van den Heuvel

Datum: 08-07-2018

Output: Definitief

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Voorwoord

Tijdens mijn masterjaar heb ik stage gelopen bij Apanta op de kind- en jeugdafdeling. Binnen deze instelling loopt er een onderzoek naar de effectiviteit en kosten van de behandeling bij adolescenten die in behandeling zijn (geweest) bij Apanta-JONG. Het huidige onderzoek is een pilotstudie welke deel uitmaakt van dit onderzoek. In deze studie is er onderzocht wat het effect is van de kortdurende behandeling van Apanta bij adolescenten met een psychiatrische stoornis. Het effect werd onderzocht op twee gebieden, namelijk psychische klachten en kwaliteit van leven. Daarnaast werd er onderzocht of non-specifieke factoren van invloed zijn op het effect van de behandeling.

Graag wil ik alle jongeren bedanken voor hun deelname aan het onderzoek. Daarbij wil ik ook de therapeuten van de Apanta-JONG bedanken voor hun medewerking en inzet voor dit onderzoek. Tot slot wil ik Denise Bodden graag bedanken voor de begeleiding gedurende het onderzoeksproces.

Utrecht, juli 2017

Frédérique Lambermont

Abstract

Inleiding: Gedurende dit onderzoek is onderzocht wat het effect is van kortdurende behandeling volgens het HYPE-model bij adolescenten op het gebied van psychische klachten en kwaliteit van leven. Daarnaast is onderzocht wat de invloed is van non-specifieke factoren (verwachting van de cliënt, therapeutische relatie en satisfactie) op dit effect. **Methode:** De onderzoeksgroep bestond uit 33 participanten in de leeftijd van 17 tot 23 jaar. De participanten vulden vragenlijsten in bij de intake en na drie en zes maanden behandeling. **Resultaten:** Uit de t-test bleek dat er een significant behandel-effect is op psychische klachten na drie maanden. Op het gebied van kwaliteit van leven werd na drie maanden geen significant behandel-effect gevonden. Na zes maanden behandeling werd zowel op psychische klachten als kwaliteit van leven geen significant behandel-effect gevonden. Verder bleek uit de regressieanalyse dat de non-specifieke factoren geen moderator zijn op het effect van de behandeling. **Conclusie:** Na drie maanden behandeling bleken de psychische klachten gereduceerd. Na zes maanden werd geen effect gevonden. Daarnaast werd geen invloed gevonden van de non-specifieke factoren op het effect van de behandeling. Aangezien er sprake was van een erg kleine onderzoeksgroep kan dit de resultaten hebben beïnvloed. Een aanbeveling voor verder onderzoek zou dan ook zijn om dit onderzoek longitudinaal uit te voeren met een grotere onderzoeksgroep.

Key-words: Apanta; HYPE-model; psychological complaints; quality of life; non-specific factors

Abstract

Introduction: The aim of the study was to investigate the effect of short-term treatment according to the HYPE-model on adolescents concerning their psychological complaints and quality of life. Besides this, research has been done to determine whether there is an influence of non-specific factors (expectation, therapeutic alliance and satisfaction) on the effect of the treatment. **Methods:** The analyses were performed on 33 participants aged between 17 and 23. They completed different questionnaires at the intake and after three and six months. **Results:** The t-test shows that there is a significant effect on psychological complaints after three months treatment. Concerning the quality of life no significant effect has been found after three months. Also no significant effect had been found after six months treatment on both psychological complaints and quality of life. Furthermore there appeared to be no significant influence of the non-specific factors on the effect of the treatment, evidenced by the multiple regression analyses. **Conclusion:** After three months treatment psychological

complaints had been reduced. There has no positive effect been found after six months treatment. There appeared to be no evidence that the non-specific factors had an influence on the treatment. However, the small sample size could have affected the results. Therefore it would be recommended to further research this subject longitudinally and with a bigger sample size.

Key-words: Apanta; HYPE-model; psychological complaints; quality of life; non-specific factors

Het effect van kortdurende behandeling binnen Apanta bij adolescenten met een psychiatrische stoornis en de invloed van non-specifieke factoren.

Veel mensen krijgen ooit in hun leven te maken met psychische problematiek. Op het gebied van klinische stoornissen is dit in Nederland 42,7% van de bevolking. Het percentage van de bevolking dat in een tijdsbestek van 12 maanden last heeft gehad van psychische problemen ligt op 18%. Als we hierbij inzoomen op mensen in de leeftijd van 18 tot 24 jaar, ofwel adolescenten, valt op dat dit percentage vele malen hoger ligt, namelijk op 28,1% (De Graaf, Ten Have, & Dorsselaer, 2010). Volgens Giedd, Keshavan en Paus (2009) is men in de adolescentie extra gevoelig voor het ontwikkelen van een psychische stoornis. Er vinden namelijk grote veranderingen in de neurale systemen plaats. Deze veranderingen optimaliseren de hersenen voor toekomstige uitdagingen. Ze kunnen echter ook kwetsbaarheid veroorzaken voor psychische klachten (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009; Goodwin, Fergusson, & Horwood, 2004; Hostra Van der Ende Verhulst, 2002).

Uit onderzoek bij volwassenen blijkt dat psychopathologie samenhangt met kwaliteit van leven (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiament en De Vries, 2006; Saarni, et al., 2007). Het concept kwaliteit van leven omvat hoe goed of slecht een individu verschillende aspecten in zijn leven ervaart. Hierbij kan gedacht worden aan onder andere de tevredenheid over werk en persoonlijke relaties, emotionele gesteldheid en het gevoel van levensvervulling (Theofilou, 2013). Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van leven dan ook onder andere samenhangt met de tijd die men besteedt aan werk en familie. Mensen die naar verhouding meer tijd aan hun werk dan aan familie besteden ervaren minder kwaliteit van leven dan mensen die meer tijd aan familie besteden dan aan werk (Grenehau, Collins, & Shaw, 2002). Een andere factor die van invloed is op de kwaliteit van leven bij volwassenen is stress. Hoe meer stress men ervaart hoe slechter de kwaliteit van leven wordt ervaren (Masthoff, Trompenaars, Heck, De Vries, & Hodiament, 2006). Verder is de kwaliteit van leven vaak minder goed als er meer psychische klachten worden ervaren en wordt er een verbetering in de kwaliteit van leven gezien wanneer de psychische klachten afnemen (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiament en De Vries, 2006; Saarni, et al., 2007).

Adolescenten (uit omgeving Veldhoven) die kampen met psychische klachten en/of een verminderde kwaliteit van leven kunnen zich aanmelden bij Apanta. Binnen deze instelling is namelijk in 2015 een behandelcentrum opgericht dat zich richt op adolescenten die psychische problemen en een verminderde kwaliteit van leven ervaren, genaamd Apanta-JONG. Vroege interventie en vroegdiagnostiek staan in dit behandelcentrum centraal. Het

behandelprogramma van Apanta-JONG is gebaseerd op het Help Young People Early model (HYPE; Chanen, et al., 2009a). Dit model bevat verschillende elementen, zoals: vroegdiagnostiek, individuele cognitieve therapie, casemanagement, actieve betrokkenheid van het gezin, algemene psychiatrische zorg, een crisisteam, mogelijkheid tot groepsbehandeling, supervisie en kwaliteitsbewaking (Chanen, et al, 2009a). Uit onderzoek van Chanen, et al. (2009b) blijkt dat behandeling door middel van het HYPE-model bij adolescenten sneller en meer effect had op het gebied van verminderen van internaliserende en externaliserende psychopathologie dan reguliere zorg ('treatment as usual', TAU). Er is daarnaast binnen Apanta JONG een pilotstudie (masterthesis) gedaan waarin werd onderzocht wat de effectiviteit van de behandelingen volgens het HYPE-model waren op het psychisch functioneren van de cliënt (Wennekers, 2017). Uit dit onderzoek bleek dat er na zes maanden een reductie in psychische klachten te zien was.

Naast de behandelmethode blijkt uit onderzoek bij zowel kinderen en adolescenten als volwassenen dat verschillende non-specifieke factoren invloed kunnen hebben op de effectiviteit van een behandeling (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2010; Green, 2006; Fenton, Jerant, Bertakis & Franks, 2012). Non-specifieke factoren zijn de factoren die betrekking hebben op de cliënt of de omgeving waarin de behandeling plaats vindt. Deze factoren hebben dus niets te maken met de specifieke interventie of behandelmethode (Lambert, & Vermeersch, 1994). De verwachting van de cliënt is één van de non-specifieke factoren die een rol lijkt te spelen in de uitkomst van de behandeling bij kinderen, adolescenten en volwassenen (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2010; Dew, & Bickman, 2005; Greenberg, Constantino en Bruce, 2006; Lambert & Ogles, 2003; Meyer, et al. 2002; Westra, Marcus, & Dozois, 2007). De verwachting van de cliënt geeft de overtuigingen over de gevolgen van het deelnemen aan een behandeling weer. In deze verwachting worden de mogelijke voor- en nadelen van de behandeling meegenomen (Schulte, 2008). Uit meerdere reviewartikelen blijkt dat de verwachting van de cliënt bij verschillende soorten problematiek en cliënten van verschillende leeftijden een belangrijke factor is in de resultaten die er met de behandeling behaald worden (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2010; Dew, & Bickman, 2005). Zo blijkt uit onderzoek dat wanneer personen, die een angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, depressie of autisme hebben, hoge verwachtingen hebben van de behandeling, ze daadwerkelijk betere of snellere resultaten zullen ondervinden van de behandeling (Dew, & Bickman, 2005; Meyer, et al. 2002; Westra, Marcus, & Dozois, 2007).

Een andere non-specifieke factor die van invloed is op de effectiviteit van de behandeling bij kinderen, adolescenten en volwassenen is de therapeutische alliantie (Green, 2006; Horvath, Flückiger, Del Re, & Symonds, 2011; Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003; Joyce, Ogrodniczuk, Piper, & McCallum, 2003; McLeod, 2011). Therapeutische alliantie is een term voor de samenwerkingsband tussen de therapeut en de cliënt en heeft betrekking op allerlei interpersoonlijke processen die een rol spelen in psychotherapeutische behandeling (Elvins, & Green, 2008). Bordin (1979) definieert de therapeutische alliantie als een concept dat bestaat uit drie dimensies: band, taken en doelen. *Band* staat hier voor de affectieve relatie tussen de therapeut en cliënt. *Taken* heeft betrekking op de overeenstemming over en deelname aan activiteiten in de therapie. *Doelen* staat voor de overeenstemming tussen de therapeut en cliënt over de te behalen doelen door middel van de therapie (McLeod, 2011; Shirk, Karver, & Brown, 2011). Uit onderzoek blijkt dat bij zowel individuele als groepstherapie de therapeutische alliantie een voorspeller is voor de uitkomsten van de behandeling bij kinderen, adolescenten en volwassenen (Horvath, Flückiger, Del Re, & Symonds, 2011; Joyce, Ogrodniczuk, Piper, & McCallum, 2003). Uit deze onderzoeken blijkt namelijk dat hoe beter de therapeutische alliantie is, hoe beter of sneller het resultaat van behandeling zal zijn.

Satisfactie met betrekking tot de behandeling is een derde non-specifieke factor die een rol lijkt te spelen in de effectiviteit van de behandeling (Fenton, Jerant, Bertakis & Franks, 2012; Hasler, et al., 2004; Kellet, Newman, Matthews, & Swift, 2004; Sequist, et al., 2008). Satisfactie kan gedefinieerd worden als de mate waarin de verwachtingen van de cliënt overeenkomen met de ervaringen binnen de behandeling en hoe tevreden de cliënt hier over is (Pascoe, 1983). Uit onderzoek bij volwassenen blijkt dat er beter en sneller resultaat zal worden behaald binnen de behandeling wanneer de tevredenheid van de cliënt hoger is (Fenton, Jerant, Bertakis & Franks, 2012; Hasler, et al., 2004; Kellet, Newman, Matthews, & Swift, 2004; Sequist, et al., 2008).

Binnen dit onderzoek zal de volgende onderzoeksvraag worden beantwoord 'Wat is het effect van kortdurende behandeling binnen Apanta-JONG bij jongvolwassenen met een psychiatrische stoornis in de leeftijd van 16 tot 23 jaar op het gebied van psychische klachten en kwaliteit van leven?'. De deelvraag die hiernaast beantwoordt zal worden, luidt: 'Wat is de invloed van de non-specifieke factoren verwachting van de cliënt, therapeutische alliantie en satisfactie op de effectiviteit van de behandeling?'.

Op basis van bestaande literatuur kan verwacht worden dat psychische klachten reduceren en de kwaliteit van leven toeneemt tijdens de behandeling bij Apanta-JONG.

Daarnaast kan worden verwacht dat hoe hoger de verwachting van de cliënt en hoe beter de therapeutische alliantie en satisfactie, hoe groter de effecten van de behandeling zullen zijn. Onderzoek naar de effectiviteit van de behandelingen en de invloed van non-specifieke factoren zijn van praktisch belang voor Apanta. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat de behandelingen niet genoeg resultaat opleveren of non-specifieke factoren van sterke invloed blijken te zijn op de effectiviteit, kunnen er eventuele aanpassingen worden gedaan in de manier van behandelen om de beoogde resultaten wel te behalen. Naast het praktische belang is dit onderzoek van toegevoegde waarde voor de wetenschap. Naar aanleiding van dit onderzoek zal er namelijk specifiek een uitspraak kunnen worden gedaan over de invloed van non-specifieke factoren specifiek bij adolescenten. Daarnaast is er nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar hoe effectief de behandeling volgens het HYPE-model is op het gebied van de kwaliteit van leven. Hier kan met behulp van dit onderzoek een uitspraak over gedaan worden.

Methode

Participanten

De data van dit onderzoek werd verzameld bij Apanta binnen de afdeling JONG. Apanta is een geestelijke gezondheidszorg instelling in Veldhoven. De beoogde populatie van dit onderzoek is de cliënten die behandeld worden bij Apanta-JONG. Het doel van dit onderzoek is een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de behandeling van Apanta bij jongeren in de leeftijd van 16 tot 23 jaar. In principe namen alle cliënten die zich aanmeldden voor behandeling deel aan het onderzoek tenzij ze geen toestemming gaven om hun gegevens te gebruiken. Aanvankelijk bestond de onderzoeksgroep uit 94 participanten. Na het controleren van de kwaliteit van de data zijn er echter veel participanten geëxcludeerd vanwege missende data of scores die sterk afweken van de rest van de onderzoeksgroep. Uiteindelijk is de data van 33 participanten geanalyseerd waarvan 25 meisjes ($M = 19.36$, $SD = 1.96$) en acht jongens ($M = 19.63$, $SD = 3.20$). De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep was $M = 19.42$ met een standaardafwijking van $SD = 2.26$. Aangezien er maar weinig participanten waren die de 9-maandenmeting hadden ingevuld ($n = 7$), is besloten deze meting niet mee te nemen in de analyses. Wat betreft schoolniveau is voor 15.2% ($n = 5$) van de participanten basisonderwijs de hoogst afgeronde opleiding. Het percentage participanten dat het vmbo heeft afgerond is 21.1% ($n = 7$) en de havo 36.4% ($n = 12$). Mbo is de hoogst afgeronde opleiding voor 9.1% ($n = 3$) van de participanten. Het percentage dat een hbo of wo bachelor heeft afgerond is 12.5% ($n = 4$). Gekeken naar de

nationaliteit heeft 93.9% ($n = 31$) van de onderzoeksgroep de Nederlandse nationaliteit. Van de overige participanten is de nationaliteit niet bekend.

Instrumenten

Psychische klachten

De psychische klachten van de adolescenten werden gemeten met de Outcome Questionnaire 45 (OQ-45; Lambert, et al, 1996). Dit instrument is ontworpen als baseline screeningsinstrument en brengt drie domeinen van het functioneren van de cliënt in beeld. De eerste subschaal is genaamd ‘Symptomatische Distress’ (SD) en bevat items waarbij symptomen van de meest voorkomende stoornissen zoals onder andere depressie, angstproblematiek en middelenmisbruik worden uitgevraagd. De tweede subschaal heet ‘Interpersoonlijke Relaties’ (IR) en zegt iets over het functioneren in relaties met partner, familie en vrienden. Een voorbeeld van een item binnen deze subschaal is ‘Ik vind het moeilijk om met vrienden en goede kennissen om te gaan.’ De laatste subschaal is genaamd ‘Sociale Rol’ (SR). De items binnen deze schaal meten het functioneren op school, werk en vrije tijd. Hierbij worden stellingen voorgelegd als ‘Ik werk/studeer te veel’ (Lambert, Gregersen, & Burlingame, 2004). De cliënt kan bij de items aangeven in hoeverre het gestelde van toepassing is door een score van 0 (nooit) tot 4 (bijna altijd) te geven. Met de OQ-45 werd een score berekend die de psychische klachten van de cliënt weergeeft, waarbij geldt: hoe hoger de score, hoe meer psychische klachten er worden ervaren. De OQ-45 wordt binnen dit onderzoek digitaal ingevuld en door een digitaal programma gescoord. Volgens De Jong, et al. (2007) is de OQ-45 een betrouwbaar ($\alpha = .82$, $N = 264$) en valide meetinstrument bij adolescenten en volwassenen. De OQ-45 heeft binnen dit onderzoek een hoge mate van betrouwbaarheid ($\alpha = .92$).

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven werd gemeten met de EuroQol (The EuroQol Group, 1990). Dit instrument bestaat uit twee delen. In het eerste deel geeft de cliënt aan in hoeverre hij/zij problemen ervaart op vijf verschillende domeinen: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Hierbij wordt een 5-puntsschaal gehanteerd. Een voorbeeld van een item op het gebied van mobiliteit is ‘Ik heb geen problemen met lopen’. In het tweede deel beoordeelt de cliënt zijn eigen gezondheid op een schaal van nul tot honderd. Uit onderzoek blijkt dat de EuroQol een betrouwbaar ($\alpha = .69$, $N = 560$) en valide meetinstrument is voor de kwaliteit van leven bij volwassenen (Janssen, Birnie, Haagsma, & Bonsel, 2007; Janssen, et al., 2013; Ravens-Sieberer, 2010; Versteegh, et al., 2016). Het percentage van

overeenkomst bij de test-hertest van Ravens-Sieberer (2010) ligt tussen de 69.8% en 99.7%. De betrouwbaarheid van dit instrument is binnen dit onderzoek laag ($\alpha = .57$).

Verwachting

De non-specifieke factor verwachting van de cliënt werd gemeten met de Parent Expectancies for Therapy Scale (PETS; Kazdin, & Holland, 1991). Dit instrument meet op een 6-puntsschaal, van helemaal eens tot helemaal oneens, de mate waarin de cliënt gelooft dat de interventie kan en zal helpen. Een van de items uit dit instrument is 'Ik denk dat deze behandeling geschikt is voor mijn klachten'. Dit instrument heeft een goede betrouwbaarheid ($\alpha = .79$, $N = 405$) en validiteit bij kinderen en adolescenten (Nock, & Kasdin, 2001). De PETS heeft binnen dit onderzoek een lage mate van betrouwbaarheid ($\alpha = .57$). Wanneer het item 'Ik denk dat ik gemotiveerd ben voor deze behandeling' echter niet mee zou zijn genomen, zou de betrouwbaarheid hoog zijn geweest ($\alpha = .87$).

Tevredenheid

De Service Satisfaction Scale (SSS; Bickman, et al. 2010) werd gebruikt om de satisfactie te meten. Dit instrument is afkomstig uit de Peabody Treatment Progress Battery en meet de mate waarin een cliënt tevreden is met de behandeling die hij heeft gekregen. Dit instrument bestaat uit vier gesloten vragen (Athay, & Bickman, 2012; Bickman, et al. 2010). De cliënt geeft op een 4-puntsschaal, van mee eens tot mee oneens, aan in hoeverre hij/zij het met de stelling eens is. 'Ik heb de behandeling gekregen waarvan ik denk dat ik die nodig heb' is een voorbeeld van één van de items uit dit instrument. Volgens Brannan, Sonnichsen en Heflinger (1996) heeft de SSS een goede interne betrouwbaarheid ($\alpha = .89$) en validiteit bij adolescenten. Dit instrument maakt goed onderscheid tussen tevreden en ontevreden cliënten. Het differentieert echter onvoldoende tussen iets tevreden en heel erg tevreden cliënten (Bickman, et al., 2010). De SSS heeft binnen dit onderzoek een hoge betrouwbaarheid ($\alpha = .88$).

Therapeutische alliantie

Tot slot werd de therapeutische alliantie gemeten met de Therapy Alliance Scale for Adolescents (TASC; Shirk, & Saiz, 1992). Dit instrument is speciaal ontwikkelt voor kinderen en adolescenten, bevat goed te begrijpen items en meet zowel positieve als negatieve aspecten van de alliantie. Zo staan er stellingen in zoals 'Ik vind het fijn om tijd met mijn therapeut door te brengen' en 'Ik zou liever andere dingen doen dan naar mijn therapeut gaan' (Shirk, & Saiz, 1992). De TASC is een betrouwbaar meetinstrument om de therapeutische alliantie te meten bij adolescenten ($\alpha = .89$) (Shirk & Saiz, 1992). De TASC kent twee subschalen namelijk de therapeutische alliantie gerapporteerd door de jongere en de

therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut. De betrouwbaarheid van de TASC is binnen dit onderzoek goed ($\alpha = .83$ voor de therapeutische alliantie gerapporteerd door de jongere en $\alpha = .86$ voor de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut).

Procedure

Gedurende dit onderzoek is er bij alle cliënten die zich aanmeldden bij Apanta-JONG gevraagd of zij deel wilden nemen aan het effectonderzoek. Wanneer de cliënt hiermee instemde, werd een verklaring van deelname ingevuld. Daarnaast werd bij de intake een eerste vragenlijst (voormeting) ingevuld. Tijdens de behandeling werd iedere drie maanden door zowel de cliënt als de therapeut een aantal vragenlijsten ingevuld, namelijk bij drie maanden en zes maanden. Na negen maanden werd de nameting ingevuld aangezien de meeste behandelingen ongeveer negen maanden duren. Zes maanden na de nameting werd een follow-up meting uitgevoerd. De gegevens hiervan werden echter niet meegenomen en geanalyseerd binnen het huidige onderzoek.

Aangezien het huidige onderzoek onderdeel is van een grotere studie werden er naast de bovengenoemde instrumenten nog een aantal vragenlijsten afgenomen. De gegevens hiervan werden echter niet geanalyseerd vanwege het feit dat deze geen betrekking hebben op de onderzoeksvraag van het huidige onderzoek.

De cliënten die deelnamen aan het onderzoek hebben hieraan voorafgaande een verklaring van deelname getekend, waarin ze toestemming gaven om de gegevens anoniem te gebruiken voor wetenschappelijke doeleinden. De cliënten namen vrijwillig deel aan het onderzoek. Daarbij konden zij, wanneer daar behoefte aan was, ten alle tijden stoppen met hun deelname.

Analyseplan

Binnen dit onderzoek werd onderzocht wat de effecten zijn van kortdurende behandeling bij jongvolwassenen op het gebied van psychische klachten en kwaliteit van leven. Om een uitspraak te doen over de effectiviteit van de behandeling werd over iedere meting van de psychische klachten en de kwaliteit van leven een gepaarde t-toets uitgevoerd. Voorafgaand aan deze analyses werd getoetst of er werd voldaan aan de assumpties van een gepaarde t-toets: de gegevens zijn van interval/ratio meetniveau en de scores en verschilcores zijn normaal verdeeld.

Verder werd binnen dit onderzoek onderzocht wat het effect is van de non-specifieke factoren verwachting van de cliënt, therapeutische alliantie en satisfactie op de effectiviteit van de behandeling. Om dit te testen werd ten eerste een correlatie uitgevoerd. Voorafgaand aan het uitvoeren van deze analyse werd de kwaliteit van de data gecontroleerd. Hierbij werd

gekeken naar de assumpties van de Pearson correlatie: de gegevens zijn van interval/ratio meetniveau, er is een sprake van een lineair verband en de scores zijn normaal verdeeld. Ten tweede werd er een multiële regressieanalyse uitgevoerd om te bekijken of er sprake is van een modererend effect van de non-specifieke factoren.

Resultaten

Data analyses

Effectiviteit behandeling op psychische klachten na drie maanden

Een t-toets is uitgevoerd om te onderzoeken wat het effect is van de behandeling van Apanta op psychische klachten na drie maanden. Uit de analyses blijkt dat er een significante afname van de psychische klachten (totaal score OQ-45) wordt gerapporteerd na drie maanden behandeling $t(32) = 2.77, p = .009$, de effectgrootte is klein, namelijk $d = .41$. Op subschaalniveau wordt een significante afname van de psychische klachten gevonden op de schalen Symptomatische distress, $t(32) = 2.52, p = .017$ en Sociale rol, $t(32) = 3.60, p = .001$. Op de schaal Interpersoonlijke relaties wordt geen significante afname van de klachten gevonden. Er kan geconcludeerd worden dat er na drie maanden behandeling sprake is van een algehele reductie van de psychische klachten. Dit met name op het gebied van symptomatische distress en sociale rol (zie Tabel 1).

Tabel 1

Verskil tussen voormeting en 3-maandenmeting op psychische klachten (OQ-45) met behulp van de t-toets (n=33)

Variabelen	VM		3md		t
	M	SD	M	SD	
Symptomatische distress	49.30	16.59	42.64	15.78	2.52*
Interpersoonlijke relaties	16.15	6.04	15.76	4.90	.55
Sociale rol	14.91	4.73	12.03	4.11	3.60**
Totaalscore	80.36	25.16	70.45	22.67	2.77**

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Effectiviteit behandeling op kwaliteit van leven na drie maanden

Door middel van een t-toets is onderzocht wat het effect is van de behandeling van Apanta op de kwaliteit van leven na drie maanden. Uit de analyses blijkt dat de jongeren geen significante verbetering rapporteren op de kwaliteit van leven (algemene kwaliteit van leven EuroQol) na drie maanden. Er wordt echter wel een significante verbetering gerapporteerd op

de schaal Angst/somberheid, $t(11) = 2.34, p = .03$. Op de overige schalen wordt geen significante verbetering gevonden van de kwaliteit van leven. Concluderend is er geen significante verbetering van de algemene kwaliteit van leven na drie maanden. Er wordt wel een significante verbetering gevonden op het gebied van angst/somberheid (zie Tabel 2).

Tabel 2

Vershil tussen voormeting en 3-maandenmeting op kwaliteit van leven (EuroQol) met behulp van de t-toets (n=33)

Variabelen	VM		3md		t
	M	SD	M	SD	
Mobiliteit	.06	.24	.15	.36	-1.36
Zelfzorg	.12	.33	.12	.33	.00
Dagelijkse activiteiten	1.27	1.04	1.21	1.05	.31
Pijn/ongemak	.91	.98	.76	1.03	1.31
Angst/somberheid	1.58	1.15	1.18	1.16	2.34*
Algemene kwaliteit van leven	63.82	20.93	62.88	20.16	.27

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Effectiviteit behandeling op psychische klachten na zes maanden

Het effect van de behandeling op psychische klachten na zes maanden werd eveneens geanalyseerd met een t-toets. Na zes maanden behandeling rapporteren de jongeren die behandeling hebben gehad bij Apanta geen significante afname van psychische klachten (totale score OQ-45). Gekeken naar de subschalen worden er ook geen significante afnames van de klachten gevonden op het gebied van symptomatische distress en interpersoonlijke relaties. Er wordt daarentegen wel een significante afname van de klachten gevonden op de schaal Sociale rol na zes maanden behandeling, $t(11) = 2.38, p = .037$. Concluderend is er na zes maanden behandeling geen sprake van een algehele reductie van psychische klachten. Er wordt wel een reductie van de klachten gezien op het gebied van sociale rol (zie Tabel 3).

Tabel 3

Vershil tussen voormeting en 6-maandenmeting op psychische klachten (OQ-45) met behulp van de t-toets (n=12)

	VM	3md
--	----	-----

Variabelen	<hr/>		<hr/>		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Symptomatische distress	49.08	18.68	44.58	11.16	1.26
Interpersoonlijke relaties	15.25	7.05	16.08	5.65	.57
Sociale rol	15.17	4.95	13.00	4.51	2.38*
Totaalscore	79.50	29.08	73.67	18.65	1.10

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Effectiviteit behandeling op kwaliteit van leven na zes maanden

Er werd eveneens een t-toets uitgevoerd om te onderzoeken wat het effect is van de behandeling van Apanta op de kwaliteit van leven na zes maanden. De jongeren die zes maanden behandeling hebben gehad, rapporteren geen significante verbetering op de kwaliteit van leven (algemene kwaliteit van leven EuroQol) na zes maanden. Gekeken naar de overige schalen van de EuroQol wordt er bij geen van hen een significante verbetering gevonden. Op basis van de analyses kan er worden geconcludeerd dat er geen sprake is van een significante verbetering op de kwaliteit van leven na zes maanden behandeling bij Apanta (zie Tabel 4).

Tabel 4

Verskil tussen voormeting en 6-maandenmeting op kwaliteit van leven (EuroQol) met behulp van de t-toets (n=12)

Variabelen	<i>VM</i>		<i>3md</i>		<i>t</i>
	<hr/>		<hr/>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Mobiliteit	.08	.29	.08	.29	.00
Zelfzorg	.17	.39	.25	.62	-.56
Dagelijkse activiteiten	1.67	.99	1.83	1.03	-.41
Pijn/ongemak	1.00	.85	.83	.94	.69
Angst/somberheid	1.58	.90	1.58	.90	.00
Algemene kwaliteit van leven	62.67	23.59	72.00	12.77	-1.40

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$.

De invloed van non-specifieke factoren op de effectiviteit van de behandeling

Voordat de regressieanalyses werden uitgevoerd, werden er correlatie analyses uitgevoerd. Door middel van deze correlatie analyses werd onderzocht of er samenhang is tussen de verwachting van de jongere en de psychische klachten gemeten tijdens de

voormeting. In de voormeting werd de therapeutische alliantie niet meegenomen in de analyses aangezien de vragenlijst die hier betrekking op had enkel werd ingevuld bij de 3- en 6-maandenmeting. Verder werd er door middel van correlatie analyses onderzocht of er sprake is van samenhang tussen de verwachting van de jongere, therapeutische alliantie gerapporteerd door de jongere, therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut en psychische klachten op de 3- en 6-maanden meting. Deze analyses werden ook uitgevoerd op kwaliteit van leven. In de correlatie en regressieanalyses werd de non-specifieke factor satisfactie niet meegenomen aangezien maar een kleine groep participanten ($n = 7$) de vragenlijst met betrekking tot deze factor had ingevuld.

Verwachting en psychische klachten en kwaliteit van leven voormeting

Uit de analyses blijkt dat er geen sprake is van een significante samenhang tussen verwachting en psychische klachten en verwachting en kwaliteit van leven op de voormeting (zie Tabel 5). De voormeting werd daarom niet geanalyseerd in een regressieanalyse.

Tabel 5

Correlaties tussen Verwachting en Psychische Klachten en Kwaliteit van Leven Voormeting

	Verwachting
Psychische klachten voormeting	
Symptomatische distress	.13
Interpersoonlijke relaties	.07
Sociale rol	.19
Totaalscore	.14
Kwaliteit van leven voormeting	
Mobiliteit	-.07
Zelfzorg	.21
Dagelijkse activiteiten	-.02
Pijn/ongemak	.25
Angst/somberheid	.05
Algemene kwaliteit van leven	-.23

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$. # $p =$ tussen 0.05 en 0.08

Verwachting en psychische klachten en kwaliteit van leven na drie maanden

Er wordt geen significante samenhang gevonden tussen verwachting en psychische klachten na drie maanden behandeling (zie Tabel 6). Deze factoren werden daarom niet

geanalyseerd in een regressieanalyse. Op het gebied van kwaliteit van leven wordt een negatieve samenhang gevonden tussen de verwachting van de cliënt en de algemene kwaliteit van leven, $r = -.36, p = .039$. Daarbij wordt een trend significante samenhang gevonden tussen de verwachting van de cliënt en de schaal Angst/somberheid, $r = .33, p = .059$ (zie Tabel 6).

Therapeutische alliantie en psychische klachten en kwaliteit van leven na drie maanden

Uit de analyses blijkt dat er geen sprake is van een significante samenhang tussen therapeutische alliantie (zowel gerapporteerd door de jongere als de therapeut) en de psychische klachten gemeten na drie maanden behandeling. Deze factoren werden daarom niet geanalyseerd in een regressieanalyse. Er kan wel worden gesproken van een trend significante samenhang tussen de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut en de subschaal Symptomatische Distress, $r = .34, p = .057$ (zie Tabel 6). Op het gebied van kwaliteit van leven, gemeten na drie maanden behandeling, komen twee significante samenhangen naar voren. Ten eerste blijkt er een significante samenhang te zijn tussen de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut, en de schaal Angst/somberheid, $r = .41, p = .017$. Ten tweede wordt er een significante samenhang gevonden tussen de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut en de algemene kwaliteit van leven $r = -.36, p = .041$ (zie Tabel 6).

Tabel 6

Correlaties tussen de Non-specifieke Factoren en Psychische Klachten en Kwaliteit van Leven 3-maandenmeting

	Verwachting	Therapeutische alliantie jongere	Therapeutische alliantie therapeut
Psychische klachten 3-maandenmeting			
Symptomatische distress	.25	.07	.34#
Interpersoonlijke relaties	.20	-.18	.26
Sociale rol	.19	-.31	.08
Totaalscore	.25	-.05	.30
Kwaliteit van leven 3-maandenmeting			
Mobiliteit	.03	.28	-.06
Zelfzorg	-.10	-.02	-.12
Dagelijkse activiteiten	-.15	-.02	.02
Pijn/ongemak	.18	-.13	.21

Angst/somberheid	.33#	-.04	.41*
Algemene kwaliteit van leven	-.36*	-.09	-.36*

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$. # $p =$ tussen 0.05 en 0.08

Verwachting en psychische klachten en kwaliteit van leven na zes maanden

Gekeken naar de 6-maandenmeting blijkt er geen significante samenhang te zijn tussen de verwachting van de cliënt en psychische klachten (zie Tabel 7). Deze factoren werden daarom niet geanalyseerd in een regressieanalyse. Er worden eveneens geen significante samenhangen gevonden tussen de verwachting van de cliënt en de kwaliteit van leven. Ook deze factoren werden daarom niet geanalyseerd in een regressieanalyse. Er kan echter wel worden gesproken van een trend significante samenhang tussen de verwachting van de jongere en de schaal Angst/somberheid, $r = .55$, $p = .065$, wat overeenkomt met de analyses van de 3-maandenmeting (zie Tabel 7).

Therapeutische alliantie en psychische klachten en kwaliteit van leven na zes maanden

Tussen de therapeutische alliantie (zowel gerapporteerd door de jongere als de therapeut) en psychische klachten worden geen significante samenhangen gevonden (zie Tabel 7). Deze factoren werden daarom niet geanalyseerd in een regressieanalyse. Tot slot blijken er geen significante samenhangen te zijn tussen de therapeutische alliantie (zowel gerapporteerd door de jongere als de therapeut) en kwaliteit van leven (zie Tabel 7). Daarom werden ook deze factoren niet geanalyseerd in een regressieanalyse.

Tabel 7

Correlaties tussen de Non-specifieke Factoren en de Psychische Klachten en Kwaliteit van Leven 6-maandenmeting

	Verwachting	Therapeutische alliantie jongere	Therapeutische alliantie therapeut
Psychische klachten 6-maandenmeting			
Symptomatische distress	.08	-.06	-.12
Interpersoonlijke relaties	-.06	.00	-.21
Sociale rol	.00	-.37	-.12
Totaalscore	.03	-.12	-.16
Kwaliteit van leven 6-maandenmeting			
Mobiliteit	.30	.44	.36

Zelfzorg	-.05	.00	-.22
Dagelijkse activiteiten	.0	-.10	-.12
Pijn/ongemak	-.12	-.24	.04
Angst/somberheid	.55	.39	.19
Algemene kwaliteit van leven	-.32	.22	-.18

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$. # $p =$ tussen 0.05 en 0.08

Moderatie drie maanden op Kwaliteit van leven

Vervolgens werden regressieanalyses uitgevoerd. Er werd enkel een regressieanalyse uitgevoerd over de variabelen waarbij een significante samenhang werd gevonden door middel van de correlatie. Bij de variabelen waarbij geen significante samenhang werd gevonden kan er namelijk geen sprake zijn van een moderatie-effect. Ten eerste werd een regressieanalyse uitgevoerd over de voormeting en 3-maandenmeting van de Algemene kwaliteit van leven waarbij de verwachting van de jongere werd meegenomen als moderator. Uit de analyse blijkt dat de Algemene kwaliteit van leven op de voormeting een voorspeller is voor de Algemene kwaliteit van leven op de 3-maandenmeting, $t(33) = 3.15$, $p = .004$. De verwachting van de jongere is daarentegen geen voorspeller voor de Algemene kwaliteit van leven op de 3-maandenmeting. De verwachting van de jongere en de voormeting van de Algemene kwaliteit van leven voorspellen voor 35% de Algemene kwaliteit van leven na 3 maanden. Verder toont het tweede model van de regressieanalyse dat de interactie tussen de verwachting van de jongere en de voormeting van de Algemene kwaliteit van leven niet significant is, $F(2, 33) = 5.23$, $p = .596$. Er is dus geen sprake van een moderatie-effect (zie Tabel 8).

Tabel 8

Multipiele Regressieanalyse van 3-maandenmeting Algemene kwaliteit van leven uit Voormeting Algemene kwaliteit van leven, Verwachting en de Interactie tussen de 3-maandenmeting Algemene kwaliteit van leven en Verwachting

Variabele	Kwaliteit van leven 3-maandenmeting		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Model 1			
Kwaliteit van leven voormeting	.46	.15	.48**
Verwachting	-1.88	1.12	-.25

Model 2

Kwaliteit van leven voormeting	.42	.17	.43*
Verwachting	-1.99	1.15	-.27
Kwaliteit van leven voormeting *	.03	.06	.09
Verwachting			

Noot. $N = 33$; $R^2 = .35$ voor model 1 ($p < .001$); $R^2 = .35$ voor model 2; ($p < .001$).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Ten tweede werd een regressieanalyse uitgevoerd over de voormeting en 3-maandenmeting van de Algemene kwaliteit van leven waarbij de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut werd meegenomen als moderator. De voormeting van de Algemene kwaliteit van leven blijkt een significante voorspeller voor de 3-maandenmeting van de Algemene kwaliteit van leven $t(33) = 3.18$, $p = .003$. De therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut is echter geen voorspeller. De voormeting van de Algemene kwaliteit van leven en de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut voorspellen samen voor 35% de Algemene kwaliteit van leven na drie maanden. Verder kan er niet worden gesproken van een moderatie-effect aangezien er geen significant interactie-effect gevonden werd tussen de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut en de voormeting van de Algemene kwaliteit van leven, $F(2, 33) = 6.02$, $p = .201$, zoals blijkt uit het tweede model van de regressieanalyse (zie Tabel 9).

Tabel 9

Multipole Regressieanalyse van 3-maandenmeting Algemene kwaliteit van leven uit Voormeting Algemene kwaliteit van leven, de Therapeutische Relatie en de Interactie tussen de 3-maandenmeting Algemene kwaliteit van leven en de Therapeutische relatie

Variabele	Kwaliteit van leven 3-maandenmeting		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Model 1			
Kwaliteit van leven voormeting	.46	.15	.48**
Therapeutische alliantie	-1.65	.97	-.26
Model 2			
Kwaliteit van leven voormeting	.48	.14	.50**
Therapeutische alliantie	-1.95	.99	-.30

Kwaliteit van leven voormeting *	.07	.05	.20
therapeutische alliantie			

Noot. $N = 33$; $R^2 = .35$ voor model 1 ($p < .001$); $R^2 = .38$ voor model 2; ($p < .001$).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tot slot werd een regressieanalyse uitgevoerd over de voormeting en 3- maandenmeting Angst/somberheid waarbij de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut werd meegenomen als moderator. Uit de regressieanalyse komen twee hoofdeffecten naar voren. Zowel de voormeting Angst/somberheid als de therapeutische alliantie gerapporteerd door de therapeut zijn significante voorspellers voor Angst/somberheid op de 3-maandenmeting. Deze variabelen voorspellen samen voor 54% het effect van de behandeling op het gebied van Angst/somberheid na drie maanden. Verder toont het regressiemodel dat de interactie tussen de therapeutische alliantie en de voormeting niet significant is, $F(2, 33) = 11.35$, $p = .591$, wat inhoudt dat er geen sprake is van een moderatie-effect (zie Tabel 10).

Tabel 10

Multipole Regressieanalyse van 3-maandenmeting Angst/somberheid uit Voormeting Angst/somberheid, Therapeutische Relatie en Interactie tussen de 3-maandenmeting Angst/somberheid en Therapeutische relatie

Variabele	Angst/somberheid 3-maandenmeting		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Model 1			
Angst/somberheid voormeting	.62	.13	.61**
Therapeutische alliantie	.13	.05	.34*
Model 2			
Angst/somberheid voormeting	.57	.15	3.68**
Therapeutische alliantie	.13	.05	2.73*
Angst/somberheid voormeting *	-.02	.04	-.54
therapeutische alliantie			

Noot. $N = 33$; $R^2 = .54$ voor model 1 ($p < .001$); $R^2 = .54$ voor model 2; ($p < .001$).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Discussie

In het huidige onderzoek werd onderzocht wat het effect is van kortdurende behandeling volgens het HYPE-model binnen Apanta bij jongvolwassenen met een psychiatrische stoornis. De effectiviteit werd bekeken op het gebied van psychische klachten en de kwaliteit van leven. Daarnaast werd er bekeken of de non-specifieke factoren verwachting van de cliënt en de therapeutische relatie een modererend effect hadden op de effectiviteit van de behandeling.

Er werden een aantal belangrijke bevindingen gedaan. Ten eerste bleek er na drie maanden sprake te zijn van een significant behandel-effect op de psychische klachten. Op de kwaliteit van leven werd echter geen significant behandel-effect gevonden na drie maanden. Na zes maanden behandeling werd zowel op het gebied van psychische klachten als kwaliteit van leven geen significant behandel-effect gevonden. Tot slot bleken de non-specifieke factoren geen modererend effect te hebben op de effectiviteit van de behandeling.

Aangezien er na drie maanden een behandel-effect werd gevonden op psychische klachten kan de hypothese 'Er is na drie maanden behandeling een reductie van psychische klachten' worden aangenomen. Dit resultaat is in overeenstemming met de literatuur waarin wordt beschreven dat behandeling volgens het HYPE-model een positieve invloed heeft op de psychische klachten (Chanen, et al, 2009b). Mogelijk kan dit behandel-effect dan ook worden verklaard door verschillende effectieve elementen van het HYPE-model die in de behandeling zijn geïmplementeerd, zoals de vroege interventie, individuele cognitieve therapie en actieve betrokkenheid van het gezin (Chanen, et al, 2009a). Daarbij kon er bij ernstige problematiek direct intensieve zorg in worden gezet door middel van een crisisinterventie. Dit is doorgaans intensieve zorg wat mogelijk een snel effect tot gevolg heeft.

In tegenstelling tot de hypothese met betrekking tot de psychische klachten kan de hypothese 'Er is na drie maanden behandeling sprake van een positief effect op de kwaliteit van leven' niet worden aangenomen. Het feit dat er geen positief resultaat werd gevonden op de kwaliteit van leven is in tegenspraak met de literatuur (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiamont en De Vries, 2006; Saarni, et al., 2007). Dit resultaat kan mogelijk verklaard worden doordat er bij de voormeting relatief hoge scores werden behaald. Dit wil zeggen dat de kwaliteit van leven bij de voormeting al redelijk goed was. Hierdoor was er weinig ruimte voor verbetering. Een andere verklaring voor het resultaat kan bij de invulling van de behandeling liggen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat mensen met depressieve klachten vaak suïcidale neigingen hebben (Beck, Brown, Bechick, Stewart, & Steer, 2006). Aangezien er in het huidige onderzoek veel participanten (48.5%, $n = 17$) deelnamen met depressieve klachten

is het dan ook aannemelijk dat de behandeling voor een groot deel van de participanten in de eerste behandelperiode op suicidaliteit was gericht. Hierdoor was er mogelijk weinig tijd om aandacht te besteden aan het verbeteren van de kwaliteit van leven. Een aanbeveling voor verder onderzoek zou dan ook zijn om te onderzoeken of de kwaliteit van leven wel significant verbetert bij een meer diverse onderzoeksgroep. Tot slot stellen Huppert en Whittington (2010) dat de kwaliteit van leven samenhangt met het succes op werkgebied en salaris. Dit zijn factoren waar behandeling mogelijk geen invloed op heeft. Als deze factoren niet verbeteren zou dit een verklaring kunnen zijn voor het feit dat de kwaliteit van leven niet verbetert na behandeling.

Na zes maanden werd zowel op het gebied van psychische klachten als de kwaliteit van leven geen significante verbetering gevonden. De hypothesen met betrekking tot het behandel-effect na zes maanden worden dus niet aangenomen. Dit strookt niet met bevindingen uit eerder onderzoek (Chanen, et al, 2009b; Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiamont en De Vries, 2006; Wennekers, 2017). Mogelijk kan dit resultaat verklaard worden doordat participanten die bij de 3-maandenmeting een significante verbetering rapporteerden tussen deze meting en de 6-maandenmeting zijn uitgevallen. Hierdoor zijn mogelijk significante verschillen niet naar voren gekomen die wel gevonden waren als alle participanten de 6-maandenmeting hadden ingevuld. Er wordt dan ook aanbevolen om dit onderzoek longitudinaal uit te voeren. Daarbij zouden de klachten tussen de 3- en 6-maandenmeting kunnen zijn toegenomen doordat cliënten bij Apanta vaak eerst individuele behandeling krijgen en vervolgens behandeling krijgen in groepen. In de periode dat de cliënten groepsbehandeling krijgen, is er minder individuele aandacht voor de cliënt wat mogelijk een negatieve invloed heeft op de psychische klachten en kwaliteit van leven. In vervolgonderzoek zou dan ook kunnen worden onderzocht of groepsbehandeling minder effect heeft dan individuele behandeling.

Een opvallende bevinding uit het huidige onderzoek is dat de non-specifieke factoren geen invloed blijken te hebben op de effectiviteit van de behandeling. De hypothesen omtrent de non-specifieke factoren zullen dan ook niet worden aangenomen. Deze bevinding komt niet overeen met resultaten uit eerder onderzoek (Green, 2006; Kellet, Newman, Matthews, & Swift, 2004; Sequist, et al., 2008). Een verklaring voor de bevinding op het gebied van de verwachting van de cliënt is dat de cliënt mogelijk weinig eigen inspanning verricht om het effect te behalen aangezien hij hoge verwachtingen heeft van de interventie. De bevinding op het gebied van de therapeutische alliantie kan mogelijk verklaard worden door wisselingen in therapeuten. Doordat bij Apanta-JONG regelmatig groepsbehandelingen worden gegeven

hebben cliënten te maken met verschillende therapeuten. Hierdoor hadden de participanten mogelijk een goede relatie met de therapeuten maar was er geen stabiele relatie. Dit kan er voor hebben gezorgd dat er geen invloed van de therapeutische alliantie werd gevonden op het behandelresultaat. Verder kan de kleine onderzoeksgroep er mogelijk voor hebben gezorgd dat significante samenhangen niet naar voren zijn gekomen die met een grotere onderzoeksgroep wel gevonden zouden worden (Field, 2009). Een aanbeveling voor verder onderzoek zou dan ook zijn om het huidige onderzoek uit te voeren met een grotere onderzoeksgroep.

Tijdens het onderzoeksproces kwamen twee zwakke punten van het onderzoek naar voren. Deze kunnen het resultaat van de behandeling mogelijk beïnvloed hebben. Eén hiervan is het feit dat de vragenlijsten onder verschillende omstandigheden zijn ingevuld. Zo gaven sommige behandelaren de vragenlijst mee naar huis zodat de cliënt deze zelf in kon vullen, terwijl andere behandelaren de cliënt de vragenlijst lieten invullen tijdens de sessie. Dit kan mogelijk van invloed zijn geweest op de antwoorden die de cliënten hebben gegeven. Ten tweede zijn de vragenlijsten niet consequent na drie en zes maanden ingevuld. Het kwam regelmatig voor dat het door omstandigheden niet mogelijk was de vragenlijsten op tijd in te vullen of dat de therapeuten vergaten de vragenlijsten in te (laten) vullen. Deze lijsten werden later met terugwerkende kracht ingevuld. Dit kan van invloed zijn geweest op de betrouwbaarheid van de resultaten.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er meerdere metingen zijn uitgevoerd. Hierdoor was het mogelijk om te bekijken na hoeveel maanden er sprake was van een significant effect. Dit is zinvol om te weten voor de behandelaren van Apanta. Zij kunnen naar aanleiding van deze resultaten de behandeling namelijk aanpassen voor de periode waarin deze minder effectief was om de algehele effectiviteit van de behandeling te verhogen. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat er gevalideerde en betrouwbare onderzoeksinstrumenten werden gebruikt.

Al met al kan gezegd worden dat de behandeling van Apanta effectief is op korte termijn op de psychische klachten. In de behandeling zou er mogelijk meer aandacht kunnen worden besteed aan het verhogen van de kwaliteit van leven.

Referenties

- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270-281. doi:10.3389/fpsyg.2011.00270
- Athay, M. M., & Bickman, L. (2012). Development and psychometric evaluation of the youth and caregiver service satisfaction scale. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39, 71-77. doi:10.1007/s10488-012-0407-y
- Beck, A. T., Brown, G., Bechick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (2006). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 147(2), 190-195. doi:10.1176/foc.4.2.291
- Bickman, L., Athay, M.M., Riemer, M., Lambert, E.W., Kelley, S.D., Breda, C., Tempesti, T., Dew-Reeves, S.E., Brannan, A.M., Vides de Andrade, A.R. (eds). (2010). *Manual of the Peabody Treatment Progress Battery*, 2nd ed. (Electronic version).
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Brannan, A. M., Sonnichsen, S. E., & Heflinger, C. A. (1996). Measuring satisfaction with children's mental health services: validity and reliability of the satisfaction scales. *Evaluation and Program Planning*, 19(2), 131-141. doi:10.1016/0149-7189(96)00004-3
- Chanen, A. M., Mccutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009a). The HYPE clinic: An early intervention service for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 163-172. doi:0.1097/01.pra.0000351876.51098.f0
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P. ... McGorry, P. D. (2009b). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(5), 397-408. doi:10.1080/00048670902817711
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2010). Expectations. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 184-192. doi:10.1002/jclp.20754
- Copeland, W., Shanahan, L, Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Which childhood and adolescent psychiatric disorders predict which young adult disorder? *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764-772. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.85

- De Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The outcome questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 288-301. doi:10.1002/cpp.529
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Dorselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-Instituut
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client Expectancies about therapy. *Mental Health Services Research, 7*(1), 21-33. doi:10.1007/s11020-005-1963-5
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187. doi:10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Fenton J.J., Jerant A.F., Bertakis K.D., Franks P. (2012). The cost of satisfaction: A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine, 172*(5), 405-411. doi:10.1001/archinternmed.2011.1662
- Giedd, J. N., Keshavan, M., & Paus, T. (2009). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature reviews neuroscience, 9*(12), 947-957. doi:10.1038/nrn2513
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalizing disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(4), 874-883. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00279.x
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance - a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of child Psychology and Psychiatry, 47*(5), 425-435. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01516.x
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J. D. (2002). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior, 63*, 510-531. doi:10.1016/S0001-8791(02)00042-8
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review, 26*, 657-678. doi:10.1016/j.cpr.2005.03.002
- Hasler, G., Moergeli, H., Bachmann, R., Lambreva, E., Buddeberg, C., & Schnyder, U. (2004). Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: The role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 315-321. doi:10.1177/070674370404900507

- Horvath, A. O., Flückiger, C., Del Re, A. C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Hostra, M. B., Van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2002) Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(2). 182-189. doi:10.1097/00004583-200202000-00012
- Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(2), 169-183. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01131.x
- Huppert, F. A., & Whittington, J. E. (2010). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology, 8*(1). doi:10.1348/135910703762879246
- Jansen, M. F., Birnie, E., Haagsma, J. A., & Bonsel, G. J. (2007). Comparing the standard EQ-5D three-level system with a five-level version. *Value in Health, 11*(2), 275-284. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00230.x
- Janssen, M. F., Pickard, A. S., Golicki, D., Gudex, C., Niewada, M., Scalone, ... Busschbach, J. (2013). Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Quality of Life Research, 22*(7), 1717-1727. doi:10.1007/s11136-012-0322-4
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 672-679. doi:10.1037/0022-006X.71.6.672
- Kazdin, A.E., & Holland, L. (1991). *Parent expectancies for therapy scale*. Yale university, Child Conduct Clinic, New haven, CT
- Kellett, S., Newman, D., Matthews, L., & Swift, A. (2004). Increasing the effectiveness of large group format CBT via the application of practice-based evidence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 231–234. doi:10.1017/S1352465804001213
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The outcome questionnaire-45. In M. E. Mauish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (191-234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M. ... Reisinger, C. R. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome*

- Questionnaire (OQ-45)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2003). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (1994). Effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 709-714). New York: Wiley.
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., De vries, J., & Hodiament, P. P. (2006). The relationship between stress and quality of life in psychiatric outpatients. *Stress and Health, 22*, 249-255. doi:10.1002/smi.1105
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiament, P. P., & De Vries, J. (2006). Quality of life and psychopathology: investigations into their relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 333-340. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01799.x
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 603-616. doi:10.1016/j.cpr.2011.02.001
- Meyer, B., Krupnick, J. L., Simmens, S. J., Pilkonis, P. A., Egan, M. K., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 1051-1055. doi:10.1037//0022-006X.70.4.1051
- Nock, M.K., & Kazdin, A.E. (2001). Parent expectancies for child therapy: assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies, 10*, 155-180
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analyses. *Eval Program Plann, 6*, 185-210. doi:10.1016/0149-7189(83)90002-2
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Baida, X., Bonsel, G., Burström, K., Cavrini, G., ... Greiner, W. (2010). Feasibility, reliability, and validity of the EQ-5D-Y: results form a multinational study. *Quality of Life Research, 19*(6), 887-897. doi:10.1007/s11136-010-9649-x
- Saarni, S., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (200). Impact of psychiatric disorders on helth-related quality of life: general

- population survey. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 326-332.
doi:10.1192/bjp.bp.106.025106
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18, 481-494.
doi:10.1080/10503300801932505
- Sequist, T. T., Schneider, E. C., Odigie, E. G., Marshall, R., Rogers, W. H. Safran, D. G. (2008). Quality monitoring of physicians: Linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), 1784-1790. doi:10.1007/s11606-008-0760-4
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. doi:10.1037/a0022181
- Shirk, S. R., & Saiz, C. (1992). The therapeutic alliance in child therapy: Clinical, empirical, and developmental perspectives. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728.
doi:10.1017/S0954579400004946
- The EuroQol Group (1990). EuroQol* - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208. doi:10.1016/0168-8510(90)90421-9
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162. doi:10.5964/ejop.v9i1.337
- Vasquez, M. J. T. (2007). cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychological Association*, 62(8). 878-885. doi:10.1037/0003-066X.62.8.878
- Versteegh, M. M., Vermeulen, K. M., Evers, S. M. A. A., De Wit, A. G., Prenger, R., & Stolk, E. A. (2016). Dutch tariff for the five-level version of EQ-5D. *Value in Health*, 19, 343-352. doi: 10.1016/j.jval.2016.01.003
- Wennekers, P. (2017) *Een pilotstudie naar effecten van vroeginterventie en kortdurende ambulante behandeling bij jongvolwassenen met een psychiatrische stoornis (Masterthesis)*. Radboud Universiteit Nijmegen: Nijmegen
- Westra, H. A., Marcus, M., & Dozois, D. J. A. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 363-373. doi:10.1037/0022-006X.75.3.363