

Predictie van therapieresultaat in de eerstelij

**drs. Gert Jan Kloens¹, dr. Dick P.H. Barelds², dr. Frans Luteijn³ &
prof. dr. Cas P.D.R.Schaap³**

¹ **Ichthus Groep Katwijk**

² **Rijksuniversiteit Groningen, Differentiële Psychologie**

³ **Rijksuniversiteit Groningen, Klinische Psychologie**

Predictie van therapieresultaat in de eerstelij

Samenvatting

In het huidige onderzoek wordt onderzocht in welke mate therapieresultaat te voorspellen valt aan de hand van enkele vragenlijsten bij een groep van 278 eerstelijnscliënten. Zowel cliënten als therapeuten beoordelen in grote meerderheid het resultaat van de therapie als positief. Er blijkt een opvallend hoge mate van overeenstemming te zijn tussen cliënt- en therapeutoordelen. De SCL-90 scores dalen voor alle diagnosegroepen sterk tussen het moment van intake en het einde van de therapie. Na follow-up blijken de SCL-90 scores voor alle diagnosegroepen nog verder te dalen. Alle gebruikte therapievormen lijken even effectief te zijn bij de behandeling van de verschillende problemen. Verschillende schalen van de NPV, de NPST en de UCL blijken een duidelijke voorspellende waarde te hebben voor de mate waarin cliënten na afloop van de therapie nog last hebben van psychoneurotische klachten.

Summary

The present study examines the predictive value of some questionnaires regarding the effectiveness of psychotherapy, in a sample of 278 primary mental health care patients. The large majority of both patients and therapists evaluated the therapy-results as positive. There is a surprisingly high degree of correspondence between clients' en therapists' ratings. For all diagnostic groups, the scores on the Symptom CheckList (SCL-90) drop substantially between intake and after therapy, and drop even further after follow-up. The therapy-results appear to be independent of therapeutic orientation. The Dutch Personality Questionnaire (DPQ), the Negativism, Severe Psychopathology and Somatisation Test (NPST) and Utrecht Coping List (UCL) are all predictive of psychoneurotic symptoms after therapy.

Inleiding

Binnen de eerstelijnspsychologie in Nederland wordt in het kader van het diagnostische proces veelvuldig gebruik gemaakt van (zelfbeoordelings)vragenlijsten. Recent zijn enkele onderzoeken gedaan naar de psychometrische eigenschappen van enkele van de in Nederland meest gebruikte vragenlijsten (zie Barelds & Luteijn, 2003; Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, *under review*; Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2002; Barelds & Jonker, 2002; Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000), zoals de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), de Utrechtse Coping Lijst (UCL), de Symptom Checklist (SCL-90) en de herziene Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Met uitzondering van de MMPI-2 blijken al deze instrumenten over goede psychometrische eigenschappen te beschikken binnen de eerstelijns.

In het onderzoek van Kloens et al. (2002) bij een cliëntengroep van 525 personen bleek dat eerstelijnscliënten op de NPV, NVM, SCL-90 en de UCL afwijkend scoren in vergelijking met bestaande normgroepen, wat een aparte normering voor eerstelijnscliënten wenselijk maakt. De NPV en de SCL-90 hebben inmiddels een aparte normering voor de eerstelijns. Ook de vervanger van de NVM, de NPST (Luteijn & Barelds, 2003a, 2003b) heeft een aparte normtabel voor eerstelijnscliënten.

Aan de schalen van de NPV, NVM, SCL-90 en UCL bleken in het onderzoek van Kloens et al. (2002) zes factoren ten grondslag te liggen, te weten: algemene psychopathologische klachten, negativisme/vijandigheid, introversie-extraversie, dogmatisme, probleemgerichte coping en emotiegerichte coping. In een replicatie-onderzoek van Kloens et al. (*under review*) bij een cliëntengroep van 278 personen bleken aan deze vier vragenlijsten vier factoren ten grondslag te liggen, te weten: algemene psychopathologische klachten, negativisme/vijandigheid, introversie-extraversie en afstandelijkheid/defensiviteit.

Op basis van de resultaten uit eerder onderzoek (Kloens et al., 2002, *under review*) kan men concluderen dat ofschoon er duidelijk overlap bestaat tussen de verschillende vragenlijsten, alle vragenlijsten een unieke bijdrage leveren aan het diagnostisch proces: de SCL-90 is geschikt voor het meten van algemene psychopathologische klachten en het niveau van ervaren welbevinden op het moment van onderzoek, de NPV en NVM zijn geschikt voor het meten van persoonlijkheidseigenschappen en de UCL is geschikt voor het meten van coping.

Met behulp van deze vier vragenlijsten is het mogelijk op een snelle, efficiënte en betrouwbare wijze diagnostisch onderzoek te verrichten bij eerstelijnscliënten. De afname van deze vragenlijsten kost weinig tijd. De afname en scoring per computer behoort eveneens tot de

mogelijkheden en de interpretatie is relatief eenvoudig. Voor de interpretatie van de diverse schalen van de verschillende meetinstrumenten kan men terecht in de diverse handleidingen van de vragenlijsten. De hier genoemde vier vragenlijsten zijn goed bruikbare en gevalideerde instrumenten die het mogelijk maken om te *onderkennen* wat er bij een cliënt aan de hand is, te *verklaren* waarom er bepaalde klachten/problemen zijn of blijven, om te voorspellen (*predictie*) hoe de problemen zich in de toekomst verder ontwikkelen en bijgevolg om een *indicatie* te krijgen hoe de problemen/klachten verholpen kunnen worden. De *evaluatie* beantwoordt de vraag of de problemen afdoende zijn verholpen als gevolg van de interventie (Vertommen, ter Laak & Bijttebier, 2002). Gezien de twijfelachtige psychometrische kwaliteiten van de MMPI-2 lijkt deze vragenlijst voor het diagnostisch proces in de eerstelijnspsychologie als toevoeging aan de set vragenlijsten NVM, NPV, UCL en SCL-90 overbodig (Kloens et al., 2003).

De SCL-90 wordt behalve voor de hierboven beschreven punten ook vaak ingezet als een maat om de effectiviteit van een therapie of interventie te meten (Arrindell & Ettema, 2003). Inmiddels is er een groot aantal onderzoeken gedaan naar het vermogen van de SCL-90 om effecten van therapieën te bepalen. Er zijn therapie-evaluatieonderzoeken verricht bij uiteenlopende diagnosegroepen patiënten, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, chronisch vermoeidheidssyndroom, suïcideplegers en slaapstoornissen. Voor sommige onderzoeken geldt dat er naast de voor- en nameting ook één of meerdere follow-up metingen zijn uitgevoerd. In sommige onderzoeken is de evaluatie uitgevoerd met één SCL-90-(sub)schaal, in andere met meerdere SCL-90-(sub)schalen of met alle SCL-90(sub)schalen. In elk onderzoek bleken één of meerdere schalen gevoelig voor therapie-effect (zie verder: Arrindell & Ettema, 2003).

Predictief validiteitsonderzoek binnen de eerstelijns is in Nederland nauwelijks beschikbaar. Een uitzondering betreft het onderzoek van Eurelings-Bontekoe, Diekstra & Verschuur (1995) naar de prognostische waarde van de factoren symptomatologie (gemeten met de SCL-90), sociale steun en sociaal netwerk bij 120 eerstelijnscliënten. Na metingen bij de aanvang van de therapie en bij de afsluiting van de therapie, zes maanden later, bleek dat de ernst van de psychopathologie op de Psychoneuroticisme-schaal van de SCL-90, gemeten bij de afsluiting van de therapie, te voorspellen was door de score op Psychoneuroticisme-schaal van de SCL-90, gemeten bij de aanvang van de therapie.

Onderzoek naar de invloed van cliëntvariabelen en therapievariabelen op de uitkomst van (psycho)therapie, is ruimschoots voorhanden (Lambert, 2004). Clarkin & Levy (2004) stellen dat onderzoekers worden geconfronteerd met een grote hoeveelheid aan cliëntvariabelen, welke een invloed kunnen hebben op de uitkomst van therapie. Gedegen onderzoek naar de invloed van al deze variabelen is haast onmogelijk, vanwege de uiterst complexe en inconsistente relatie tussen

deze cliëntprocessen en de uitkomst van therapie. Al zijn cliëntvariabelen, zoals gemeten voor de aanvang van de therapie, van invloed op het resultaat van de therapie, deze variabelen zijn tijdens de therapie in een dynamische en steeds veranderende relatie verwickeld met de therapeutvariabelen. De beschreven resultaten zijn dan ook teleurstellend (Clarkin & Levy, 2004). De cliëntvariabelen welke voorafgaand aan de therapie zijn gemeten blijken slechts van beperkte invloed en inconsistent in relatie tot het therapeutisch proces en de therapie-uitkomst. Daarnaast is het vaak niet duidelijk of de cliëntvariabelen werkzaam zijn als mediator of moderator, of beiden.

Eveneens van invloed op de uitkomst van de therapie zijn de therapeutvariabelen, zoals de wijze van interventie, bijvoorbeeld directieve versus non-directieve interventies (Beutler et al., 2004). Onderzoek naar de wijze van interventie of gebruikte therapeutische methoden en technieken bij de diverse therapeutische scholen laat zien dat er weinig ondersteuning is voor de gedachte dat de ene benadering superieur of effectiever is in vergelijking met een andere benadering, al lijken gedragstherapeutische en cognitieve methoden en technieken wel superieur aan andere methoden, bijvoorbeeld als het gaat om de behandeling van angststoornissen (Lambert & Ogles, 2004).

Uit onderzoek blijkt dat een totaal van slechts 15% van de therapie-uitkomst verklaard kan worden door de gebruikte therapeutische methode of technieken. Het merendeel van het therapie-effect lijkt daarom te maken te hebben met non-specifieke variabelen, zoals het contact (de relatie) met de therapeut, het aanbrengen van structuur, hoop op een goede afloop, etc.. Schaap (2001) stelt zelfs dat psychotherapie voor een groot gedeelte placebo is en dat de werkzame elementen voornamelijk non-specifiek zijn.

Tegen de achtergrond van het voorafgaande zal hier een therapie-evaluatie-onderzoek beschreven worden in de eerstelijns. De invloed van een beperkt aantal cliëntvariabelen en therapeutvariabelen op de effecten van de therapie in de eerstelijns zal tevens worden beschreven.

Methode

Proefgroep en procedure

De proefgroep in het huidige onderzoek bestaat uit 278 cliënten die ten tijde van het onderzoek onder behandeling waren bij diverse eerstelijnspsychologenpraktijken in Nederland (zie ook Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, under review). Bij deze cliënten werd tijdens de intake een standaardbatterij vragenlijsten afgenomen, met daarin onder andere de NPV, NVM, UCL en SCL-90. Tevens werd aan deze cliënten gevraagd enkele vragenlijsten in te vullen bij ontslag en na een periode van twee maanden na ontslag. De cliënten werd gevraagd om schriftelijk toestemming te

geven deze gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoeksdesign voor het huidige onderzoek ziet er als volgt uit (Figuur 1).

[Ongeveer hier Figuur 1]

De proefgroep van 278 cliënten bestaat voor 63.6% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de proefgroep is 35.8 jaar (sd = 10.3, range 16-64). De meerderheid van de proefgroep is gehuwd (53.5%) en de meeste proefpersonen hebben kinderen (55.1%; $m = 1.3$, $sd = 1.4$, range 0-6).

Verdere biografische gegevens van de proefgroep staan vermeld in Tabel 1.

[Ongeveer hier Tabel 1]

De huidige proefgroep komt qua verdeling van geslacht en leeftijd goed overeen met wat gangbaar is binnen de eerstelijnspsychologie (Verhaak et al., 1995; Kloens et al., 2002). De huidige proefgroep kent relatief veel hoog opgeleiden in vergelijking met ander onderzoek in de eerstelijns (Kloens et al., 2002).

Naast deze biografische gegevens werd de proefpersonen gevraagd aan te geven door wie ze verwezen waren naar de eerstelijnspraktijk. De meeste proefpersonen waren door de huisarts verwezen (49%). Andere proefpersonen hadden zich aangemeld uit eigen initiatief (19%), via een kennis of familielid (14%), via een kerkelijke instantie (4%), via een andere client (2%), via een andere instelling (2%), of op een andere manier (10%). Van de cliënten waren tevens diagnoses bekend op As-1 van de DSM-IV (APA, 1994). Deze diagnoses werden door de ELP gesteld tijdens de intakefase van het diagnostisch proces. Deze diagnoses werden vervolgens gegroepeerd tot vijf verschillende hoofdclusters (zie Tabel 2).

[Ongeveer hier Tabel 2]

Uit Tabel 2 valt af te lezen dat de meerderheid van de cliënten zich heeft aangemeld met relatie- en gezinsproblematiek (24%), depressieve klachten (18%), aanpassingsproblemen (16%) en angstproblematiek (14%). Van de subgroep 'overige diagnoses' kreeg 29% van de cliënten de diagnose burnout. Naast deze diagnose kwamen binnen de subgroep 'overige' onder andere seksuele problemen, rouw, ADHD en psychosomatische klachten voor.

De diagnoses relatie- en gezinsproblematiek, depressie, aanpassingsproblemen en angstklachten, zijn de meest voorkomende problemen binnen de eerstelijnspsychologie (Buitink,

2000; Kloens et al., 2002). In het huidige onderzoek blijken relatie- en gezinsproblemen de meest voorkomende problemen te vormen binnen de eerstelijnspraktijk van de ELP. In eerder onderzoek was dit de cliëntengroep met de diagnose depressie.

Naast de diagnose op As-1 van de DSM-IV was van de cliënten tevens bekend of er sprake was van persoonlijkheidsproblematiek (DSM-IV, As-2). Bij een minderheid van de cliënten bleek naast As-1 problematiek ook sprake te zijn van persoonlijkheidsproblematiek (zie Tabel 2). In het onderzoek van Kloens et al. (2002) was bij een meerderheid van de cliënten nog sprake van persoonlijkheidsproblematiek zoals beschreven op de AS-II van de DSM-IV (68%).

Van een totaal van 161 cliënten zijn gegevens beschikbaar over het aantal sessies in de eerstelijnspraktijk. Het gemiddeld aantal sessies betrof 8.3 (sd = 4.2). De meerderheid van de cliënten heeft naast de vragenlijsten tijdens de taxatiefase of intake ook de vragenlijsten bij het ontslag ingevuld (n = 164) en de vragenlijst SCL-90 ingevuld na twee maanden ná ontslag (n = 153). Een totaal van 137 cliënten heeft alle vragenlijsten op alle drie de meetmomenten ingevuld. De therapeut heeft de therapeut-vragenlijst bij ontslag ingevuld bij een totaal van 173 cliënten. Het afhaken van zo'n 100 mensen welke geen vragen bij ontslag of ná twee maanden heeft ingevuld, heeft bij navraag te maken met redenen als 'geen zin om verder iets in te vullen', 'het nut niet inzien van het invullen van nametingen', 'niet meer geconfronteerd willen worden met problemen' of 'vergeten in te vullen'. In een aantal gevallen is de therapeut vergeten de vragenlijsten onder de aandacht te brengen of is de therapeut (tijdelijk) gestopt met de uitoefening van het beroep.

Instrumenten

Symptom CheckList (SCL-90)

De SCL-90 is een multidimensionele klachtenlijst die vaak wordt gebruikt als meetinstrument voor de ervaren mate van psychopathologie (als toestandsbeeld) en voor de evaluatie van behandelingen (Arrindell & Ettema, 2003). De SCL-90 meet de mate waarin iemand gedurende de afgelopen week last heeft gehad van bepaalde psychische en lichamelijke klachten. Aldus is de klachtenlijst gebaseerd op de zelfbeoordeling van de onderzochte cliënt. De SCL-90 bestaat uit 90 items die worden beantwoord op een vijfpuntsschaal (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = nogal, 4 = tamelijk veel, 5 = heel erg). De vragenlijst bestrijkt een belangrijk deel van de klachten die men zowel bij psychiatrische patiënten al bij eerstelijnscliënten kan aantreffen. De items van de SCL-90 zijn verdeeld over acht schalen: Angst (ANG; 10 items), Agorafobie (AGO; 7 items), Depressie (DEP; 16 items), Somatische Klachten (SOM; 12 items), Insufficiëntie van denken en handelen (IN; 9 items), Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit (SEN; 18 items), Woede-Hostiliteit (HOS; 6 items) en Slaapproblemen (SLA, 3 items). Daarnaast kan een totaalscore over alle 90

items worden berekend, die de algemene mate voor het psychoneurotische- somatisch niet-welbevinden (Psychoneuroticisme; PSNEUR) weergeeft. In het huidige onderzoek wordt alleen de totaalscore op de SCL-90 gebruikt. De SCL-90 heeft in de huidige herziene uitgave zes normgroepen. Naast normscores voor poliklinische psychiatrie patiënten (n = 5658) en de gewone bevolking (n = 2368) zijn er thans ook normscores beschikbaar voor cliënten uit eerstelijnspsychologen-praktijken (n = 600), patiënten uit huisartsenpraktijken (n = 925), klinisch verslaafden (n = 1570) en patiënten die ambulantly in behandeling zijn voor chronische benigne pijn (n = 2458). De SCL-90 beschikt over goede psychometrische kwaliteiten.

Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV)

De NPV (Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000) werd begin jaren '70 ontwikkeld met het idee om alle relevante persoonlijkheidseigenschappen te meten. Tegenwoordig wordt de NPV in allerlei verschillende praktijkgebieden gebruikt, zoals klinische psychologie, selectie en beroepskeuze. De NPV bestaat uit 132 items en één instructie-item, die worden gescoord op een driepuntsschaal (Juist-?-Onjuist). De NPV meet de volgende zeven persoonlijkheidseigenschappen: Inadequatie (IN; 21 items), Sociale inadequatie (SI; 15 items), Rigiditeit (RG; 25 items), Verongelijkheid (VE; 19 items), Zelfgenoegzaamheid (ZE; 16 items), Dominantie (DO; 17 items) en Zelfwaardering (ZW; 19 items). De NPV beschikt over goede psychometrische eigenschappen (Luteijn et al., 2000). Uit factoranalytisch onderzoek blijkt dat aan de NPV-schalen drie dimensies ten grondslag te liggen: Neuroticisme (hoog IN, laag ZW), Extraversie (laag SI, hoog DO) en Dogmatisme (hoog RG, VE en ZE; Luteijn et al., 1985). De NPV kent vijf verschillende normtabellen: Algemeen (n = 8826), Selectie (n = 4254), Psychiatrische patiënten (n = 2602), Eerstelijnscliënten (n = 873) en Somatische patiënten (n = 1001; zie Luteijn et al., 2000).

Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST)

De NPST (Luteijn & Barelds, 2003a, 2003b) is een persoonlijkheidstest van 54 items waarmee de eigenschappen Negativisme (17 items), Ernstige Psychopathologie (16 items) en Somatisering (21 items) worden gemeten. De NPST is een paralleltest (voor deze drie aspecten) en tevens de vervanger van de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM; Luteijn & Kok, 1985), die met ingang van 2004 niet meer uitgegeven wordt (zie Luteijn & Barelds, 2003a, 2003b). De 54 NPST-items worden beantwoord op een driepuntsschaal (Juist, ?, Onjuist). Uit onderzoek blijkt dat de NPST over goede psychometrische eigenschappen beschikt (Luteijn & Barelds, 2003a). Er zijn drie normgroepen beschikbaar voor de NPST: Psychiatrische patiënten (n = 1396), Eerstelijnscliënten (n = 780) en Algemeen (n = 904).

Utrechtse Coping Lijst (UCL)

De UCL (Schreurs, Van de Willige, Tellegen & Brosschot, 1993) is een vragenlijst die meet hoe mensen over het algemeen met problemen omgaan. De UCL bestaat uit 47 items, die worden beantwoord op een vierpuntsschaal (1 = zelden of niet, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = zeer vaak). De items van de UCL zijn niet overlappend verdeeld over de volgende zeven schalen: Actief aanpakken (ACT; 7 items), Palliatieve reactie (PAL; 8 items), Vermijden (VER; 8 items), Sociale steun zoeken (SOC; 6 items), Passief reactiepatroon (PAS; 7 items), Expressie van emoties (EXP; 3 items) en Geruststellende gedachten (GER; 5 items). De UCL heeft normtabellen voor mannen (n=1493) en vrouwen (n=712), die weer zijn ingedeeld naar leeftijd. Daarnaast zijn er aanvullend aparte normtabellen voor scholieren (n=749) en studenten (n=55).

Vragenlijst evaluatie cliënt tijdens de fase van ontslag

Voor de evaluatie van enkele cliëntgegevens is er voor de fase van ontslag een vragenlijst geconstrueerd. De vragen zijn afgenomen na de laatste behandelsessie. De vragen en antwoordcategorieën welke zijn opgenomen in de vragenlijst zijn:

1. Hoe gaat het nu met de klachten/ problemen waarvoor u in behandeling gegaan bent?

- 0 Veel verbeterd
- 0 Enigszins verbeterd
- 0 Hetzelfde
- 0 Slechter

2. Wat heeft u aan de behandeling gehad?

- 0 Veel
- 0 Weinig
- 0 Niets

3. Wat vond u van de bijdrage van het psychologisch onderzoek (de vragenlijsten) aan de behandeling?

- 0 Een positieve bijdrage
- 0 Neutraal, niet zozeer een positief of negatief effect bemerkt
- 0 Een negatieve bijdrage

4. Zou u kennissen of familieleden aanraden hulp te zoeken voor hun problemen bij de praktijk?

Ja

Nee

Vragenlijst evaluatie therapeut tijdens de fase van ontslag

Voor de evaluatie van enkele therapeutgegevens is er voor de fase van ontslag een vragenlijst ontwikkeld. De vragen zijn afgenomen na de laatste behandelsessie. De vragen en antwoordcategorieën welke zijn opgenomen in de vragenlijst zijn:

1. Totaal aantal sessies (incl. taxatie en intakegesprek(ken):

2. Vanuit welk therapeutisch perspectief of oriëntatie bent u tijdens deze behandeling overwegend werkzaam geweest?

Cognitief- gedragstherapeutisch

Systeemtheoretisch

Rogeriaans

Inzichtgevend

Non-specifiek

Anders, namelijk.....

3. Wat is uw oordeel over het resultaat van de behandeling?

Uitstekend

Goed

Matig

Slecht

Resultaten

Evaluatie van cliëntgegevens en therapeutgegevens

Als de cliënt wordt gevraagd hoe het op het moment van ontslag gaat met de klachten of problemen waarvoor men in behandeling is gegaan, geeft 59% van de cliënten aan dat de klachten veel zijn verbeterd. Een totaal van 29% van de cliënten geeft aan dat de klachten enigszins zijn verbeterd. Hiermee geeft een totaal van 88% van de cliënten aan dat de klachten in meer of mindere mate zijn

verbeterd. Een totaal van 9% van de cliënten geeft aan dat de klachten hetzelfde zijn gebleven, terwijl een totaal van 3% van de cliënten aangeeft dat de problemen zijn verslechterd.

Als cliënten bij ontslag wordt gevraagd wat men aan de behandeling heeft gehad, antwoord 79% van de cliënten dat men veel heeft gehad aan de behandeling door de eerstelijnspsycholoog. Een totaal van 21% van de cliënten heeft weinig gehad aan de behandeling, terwijl een totaal van 1% van de cliënten zegt niets te hebben gehad aan de behandeling.

Als cliënten wordt gevraagd wat men vond van de bijdrage van het psychologisch onderzoek (de vragenlijsten) aan de behandeling, beoordeeld 56% van de cliënten de bijdrage van vragenlijsten als positief. Een totaal van 44% van de cliënten beoordeeld de bijdrage van vragenlijsten aan de behandeling neutraal (niet zozeer positief als negatief) en geen van de cliënten beoordeeld de bijdrage van vragenlijsten als negatief. Als cliënten wordt gevraagd of men kennissen of familieleden zou aanraden hulp te zoeken voor hun problemen in de betreffende eerstelijnspraktijk, antwoord een totaal van 98% van de cliënten dat men dit zou doen. Een totaal van 2% van de cliënten zou kennissen of familieleden niet aanraden hulp te zoeken bij de betreffende eerstelijnspraktijk.

De vragen met betrekking tot de evaluatie van de therapie door de therapeut zijn door de eerstelijnspsychologen ingevuld na de laatste behandelsessie. Het gemiddeld aantal sessies door de eerstelijnspsycholoog betrof 8.3 (sd = 4.2) en het maximale aantal sessies bij deze onderzoeksgroep betrof 24 sessies. Als de eerstelijnspsycholoog wordt gevraagd vanuit welk therapeutische perspectief of oriëntatie men werkzaam is geweest tijdens de kortdurende behandeling, geeft een totaal van 44% van de ELP-en aan overwegend vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch perspectief of oriëntatie werkzaam geweest te zijn. Een totaal van 36% van de ELP-en geeft aan vanuit een systeemtheoretisch perspectief of oriëntatie werkzaam geweest te zijn geweest. Een totaal van 20% van de ELP geeft aan vanuit een ander perspectief of oriëntatie (inzichtgevend 9%, rogeriaans 1% en non-specifiek/anders 10%) werkzaam te zijn geweest. Deze resultaten laten zien dat veruit de meeste cliënten worden behandeld volgens de principes van de cognitieve gedragstherapie en de systeemtherapie.

De cognitieve gedragstherapie (CGT) is overwegend individueel van aard en kenmerkt zich door het gebruik van gedragstherapeutische, cognitieve en interpersoonlijke en experiëntiële technieken. Deze technieken zijn afgeleid uit de theoretische modellen van het behaviorisme en de cognitieve psychologie en verder uitgewerkt in de klinische psychologie. De houding van de psycholoog is betrokken, actief, sturend en directief. Het opstellen van een individueel behandelplan op basis van een gedetailleerde analyse van de klachten staat centraal binnen de cognitieve gedragstherapie. Het uitdagen van gedachten, de Socratische dialoog,

gedragsexperimenten, rollenspel en imaginatieoefeningen, zijn voorbeelden van technieken uit de cognitieve gedragstherapie. De methoden en technieken uit de CGT worden door eerstelijnspsychologen vaak toegepast bij cliënten met een depressie of een angststoornis (zie ook Tabel 3).

De systeemtherapie richt zich op de onderlinge relatie tussen mensen. Partnerrelatie therapie of gezinstherapie zijn vormen van systeemtherapie. De kern is dat onderdelen van het systeem, bijvoorbeeld het gezin of het echtpaar, niet als losse individuele componenten worden beschouwd, maar dat de aandacht vooral wordt gericht op de onderlinge verhoudingen en interacties tussen deze componenten en op de functies die ze voor elkaar hebben. De psycholoog richt zich middels directieve en non-directieve technieken op het veranderen van de onderlinge communicatie of empathie tussen mensen. Het in kaart brengen van de levenscyclus van een gezin of congruente opdrachten die tot doel hebben dat cliënten communicatieregels effectiever toepassen, zijn voorbeelden van technieken uit de systeemtherapie. De methoden en technieken uit de systeemtherapie worden door eerstelijnspsychologen vaak toegepast bij partnerrelatieproblemen of gezinsproblemen (zie ook Tabel 3).

[Ongeveer hier Tabel 3]

De vraag aan de ELP naar zijn/haar oordeel over het resultaat van de behandeling laat zien dat een totaal van 24% van de ELP-en het resultaat van de therapie als uitstekend beoordeelde. Een totaal van 51% beoordeelde het resultaat van de therapie als 'goed'. Daarmee werd door de therapeuten het resultaat van de therapie in 75% van alle gevallen als minstens goed beoordeeld. Een totaal van 23% van de ELP-en beoordeelde het resultaat van de therapie als 'matig' en een totaal van 2% van de ELP-en beoordeelde het resultaat van de therapie als 'slecht'. Tussen het oordeel van de therapeut en het oordeel van de client over het resultaat van de behandeling blijkt een opvallend hoge mate van overeenstemming te bestaan: $r = .64$, $p < .001$.

Gemiddelde SCL-90 scores

De gemiddelde SCL-90 scores werden bepaald op de drie verschillende meetmomenten (T1, T2 en T3; zie Methode). Dit gebeurde zowel voor de gehele proefgroep als voor de vier belangrijkste diagnostische groepen apart (zie Methode, Tabel 2). Door middel van repeated measures MANOVA's werd vervolgens bepaald of deze gemiddelde scores significant van elkaar verschillen. De resultaten staan samengevat in Tabel 4.

[Ongeveer hier Tabel 4]

Uit Tabel 4 blijkt dat de gemiddelde SCL-90 scores allemaal significant lager zijn op T2 in vergelijking met T1 en dat de gemiddelde SCL-90 scores op T2 allemaal significant lager zijn op T3. Dit geldt zowel voor de gehele proefgroep, als voor de vier diagnostische groepen apart: alle personen ervaren na therapie duidelijk minder psychopathologische klachten. In vergelijking met de cliëntgroepen relationele- en gezins problemen én aanpassingsstoornissen, ervaren de personen met een angststoornis of depressie bij de nameting na twee maanden nog wel steeds de mééste psychopathologische klachten. Er blijkt echter geen significant interactie-effect te bestaan tussen meetmoment (T1, T2 en T3) en groepsindeling (diagnostische groepen). Dit wil zeggen dat de veranderingen in SCL-90 scores tussen de verschillende meetmomenten niet verschillen tussen de vier diagnostische groepen cliënten.

Op basis van de verschillen tussen de gemiddelde scores op de drie meetmomenten werden tevens effect sizes berekend voor de gehele proefgroep. Effect sizes bij herhaalde metingen worden berekend volgens de formule (zie bijvoorbeeld Johnson & Eagly, 2000):

$$d = t \sqrt{\frac{1}{n}} = \frac{m_{T_0} - m_{T_1}}{S_{diff}}, \text{ waarbij } S_{diff} = \sqrt{S_{T_0}^2 + S_{T_1}^2 - 2r_{T_0T_1} S_{T_0} S_{T_1}}$$

De effect sizes voor de verschillen op de SCL-90 voor de gehele proefgroep tussen de drie meetmomenten staan vermeld in Tabel 5.

[Ongeveer hier Tabel 5]

Tussen meetmoment T1 en T3 wordt een grote effect-size gevonden, terwijl tussen T1 en T2 een medium en tussen T2 en T3 een kleine effect size wordt gevonden (zie Cohen, 1992). Deze resultaten zijn in overeenstemming met de client- en therapeutoordelen over het resultaat van de behandeling.

Overeenstemming SCL-90 en client- en therapeutoordelen

Vervolgens werd bepaald hoe sterk de verbanden zijn tussen de client- en therapeutoordelen over het resultaat van de behandeling en de totaalscores op de SCL-90 op de drie meetmomenten en de verschillen op de SCL-90 tussen de drie meetmomenten (zie Tabel 6).

[Ongeveer hier Tabel 6]

Uit Tabel 6 kan worden opgemaakt dat de SCL-90 scores op T2 redelijk sterk samenhangen met het oordeel van zowel de client als de therapeut over het resultaat van de behandeling: weinig psychoneurotische klachten na behandeling gaan samen met een positieve evaluatie van de behandeling. Ook de nameting op de SCL-90, evenals alle verschillcores blijken in de gewenste richting samen te hangen met het oordeel van zowel de client als de therapeut: lagere SCL-90 totaalscores op T2 en T3, de afname van de klachten tussen T1 en T2, de afname van de klachten tussen T1 en T3 en het stabiel blijven van lage klachtenniveaus tussen T2 en T3 blijken allen samen te gaan met een positieve beoordeling van de behandeling door zowel de client als de therapeut.

Therapeutische orientatie

Vervolgens werd met behulp van een MANOVA onderzocht of de veranderingen in de SCL-90 scores ook verschillen tussen de verschillende toegepaste therapeutische orientaties. Hiervoor werden de toegepaste therapievormen ingedeeld in drie groepen: cognitief-gedragstherapeutisch, systeemtheoretisch en 'overige'. Er bleek geen significant verschil te zijn met betrekking tot de effectiviteit van de behandeling zoals gemeten met de SCL-90 tussen deze drie groepen. Dit is een aanwijzing dat het niet uit lijkt te maken vanuit welke therapeutische school eerstelijnscliënten behandeld worden en dat verbeteringen ten gevolge van de behandeling mogelijk slechts het gevolg zijn van non-specifieke factoren.

Predictieve validiteit

Om de predictieve validiteit van de NPV, NPST en UCL te onderzoeken werden correlaties berekend tussen de schalen van deze drie vragenlijsten en de SCL-90 totaalscores tijdens de ontslagmeting en de nameting. Omdat verschillcores in de regel zeer onbetrouwbaar zijn (zie bijvoorbeeld Cronbach & Furby, 1970) werd besloten om de predictieve validiteit van genoemde vragenlijsten alleen met betrekking tot de SCL-90 totaalscores op T2 en T3 te onderzoeken en niet met betrekking tot de verschillcores tussen de meetmomenten. Tevens werden de correlaties berekend tussen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau en de SCL-90 totaalscores op T2 en T3. Uit de resultaten blijkt dat meerdere schalen van zowel de NPST als de NPV als de UCL een duidelijke voorspellende waarde bezitten (zie Tabel 7). Vooral de NPV correleert sterk met de SCL-90 scores op T2 en T3. Personen die hoog scoren op Inadequatie, Sociale inadequatie, Rigiditeit, Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid en laag scoren op Zelfwaardering bij de intake ervaren op zowel de ontslagmeting als de nameting meer psychoneurotische klachten. Verder blijkt dat

personen die negativistisch zijn, somatiseren, problemen niet actief aanpakken, vermijden, geen sociale steun zoeken en op problemen reageren met een passief reactiepatroon meer psychoneurotische klachten ervaren op zowel de ontslagmeting als de nameting.

Van de biografische variabelen blijkt alleen opleidingsniveau een voorspellende waarde te hebben als het gaat om de SCL-90 totaalscores bij ontslag en de nameting: hoger opgeleide personen scoren lager op de SCL-90 dan lager opgeleide personen, op zowel T2 als T3. De multipale correlaties tussen de NPV, NPST, UCL en biografische variabelen enerzijds en de ontslagmeting en nameting anderzijds zijn hoog te noemen: respectievelijk .58 en .61. Uit multipale regressie-analyses blijkt dat de NPV-schaal Inadequatie en de NPST-schaal Ernstige Psychopathologie de beste voorspellers zijn van psychoneurotische klachten op zowel de ontslagmeting als de nameting.

[Ongeveer hier Tabel 7]

Discussie

In het huidige onderzoek is de therapie-evaluatie beschreven bij een groep van 278 eerstelijnscliënten uit verschillende eerstelijnspraktijken in Nederland, waarbij de SCL-90 als indicator van effecten van therapie is gebruikt. Minder dan de helft van het totaal aantal cliënten heeft uiteindelijk alle vragenlijsten op alle drie de meetmomenten ingevuld. Bij navraag blijken zowel cliëntvariabelen als therapeutvariabelen een nadelige invloed te hebben gehad op dit aantal. De vraag blijft uiteraard wat de totaalscores op de nametingen zouden zijn geweest bij de personen die nu niet de ontslagmeting en/of de nameting hebben ingevuld.

Zowel de cliënten als de therapeuten beoordelen in de huidige proefgroep het resultaat van de behandeling in meerderheid als goed tot uitstekend. Er blijkt verder een opvallend sterk verband te bestaan ($r = .60$) tussen de oordelen van de therapeut en de client. Dit wil zeggen dat er een grote mate van consensus bestaat tussen client en therapeut ten aanzien van het behandelresultaat.

Het oordeel van de client en de therapeut over het resultaat van de behandeling blijken verder redelijk sterk samen te hangen met de scores op de SCL-90 tijdens de ontslagmeting en de nameting, alsmede de verschilcores op de SCL-90 tussen de drie meetmomenten. Dit wil zeggen dat wanneer de client of therapeut aangeeft dat het resultaat van de behandeling goed is, de client minder psychoneurotische klachten ervaart bij de ontslagmeting en de nameting.

Onderzoek naar de gemiddelde SCL-90 scores op de drie verschillende meetmomenten T1 tot en met T3, voor de gehele proefgroep en de vier belangrijkste diagnostische groepen 'relatie en

gezinsproblemen', 'depressie', 'angst' en 'aanpassingsproblemen', laat zien dat de gemiddelde SCL-90 scores voor de gehele proefgroep en de verschillende diagnostische groepen tussen de diverse meetmomenten zijn afgenomen. Cliënten uit de totale proefgroep ervaren op het moment van ontslag gemiddeld minder psychopathologische klachten in vergelijking met de fase van taxatie en intake. Bij de nameting na twee maanden ervaart de totale groep cliënten gemiddeld nog minder klachten. Bij de evaluatie van de vier grote diagnostische groepen zien we eenzelfde effect. De effectsize tussen de metingen uit de taxatiefase en twee maanden na ontslag is groot. Hieruit kan men concluderen dat de SCL-90 een goed meetinstrument is voor de evaluatie van behandelingen. De gemiddelde scores op de SCL-90 geven een goed beeld van de mate waarin de ervaren klachten bij eerstelijnscliënten zijn afgenomen. Opvallend is het feit dat er geen verschillen zijn in de mate waarin de ervaren klachten afnemen tussen de verschillende vier grote diagnostische groepen onderling. Men zou kunnen verwachten dat cliënten met een sterke mate van ervaren psychopathologie, met name cliënten met ernstige angst- of depressie-symptomatologie, niet direct na kortdurende therapie minder klachten ervaren. Dit blijkt echter wel het geval te zijn bij de huidige cliëntengroep: alle personen ervaren na een kortdurende therapie in de eerstelijns (gemiddeld acht sessies), duidelijk minder psychopathologische klachten. In vergelijking met de cliëntgroepen relationele- en gezins problemen én aanpassingsstoornissen, ervaren de personen met een angststoornis of depressie bij de nameting na twee maanden nog wel steeds de meeste psychopathologische klachten. Juist voor deze beide diagnostische groepen zou nazorg belangrijk kunnen zijn. Nametingen op latere tijdstippen, bijvoorbeeld zes maanden of een jaar na behandeling, zouden een indicatie kunnen geven of de klachten bij nazorg door een eerstelijnspsycholoog nog verder afnemen.

Veruit de meeste cliënten blijken te zijn behandeld volgens de principes van de cognitieve gedragstherapie en de systeemtherapie. Er blijkt geen verschil te zijn in de effectiviteit van deze twee therapeutische orientaties of andere therapeutische orientaties. Hieruit kan men opmaken dat het voor de behandeling van cliënten in de eerstelijns schijnbaar niet heel veel uitmaakt welke therapeutische orientatie wordt gehanteerd, behalve dan dat voor sommige klachten een bepaalde therapeutische orientatie meer voor de hand ligt (bijvoorbeeld systeemtheoretisch bij relatieproblemen en cognitief-gedragstherapeutisch bij angststoornissen). De verbetering van de klachten die optreedt ten gevolge van de behandeling lijkt niet toe te schrijven te zijn aan de effectiviteit van specifieke elementen van de verschillende therapeutische benaderingen. Dit impliceert dat de effectiviteit van de behandeling voor een belangrijk deel toe te schrijven is aan non-specifieke of placebo-effecten (zie ook Schaap, 2001).

Uit predictief validiteitsonderzoek blijkt dat de NPV, de NPST en de UCL alledrie in staat zijn om psychoneurotische klachten op zowel de ontslagmeting als de nameting te voorspellen. Vooral de NPV heeft verschillende sterke verbanden met deze metingen op de SCL-90. De multipiele correlatie tussen de NPV, NPST en UCL en de SCL-90 blijkt bij de ontslagmeting .58 en bij de nameting zelfs .61 te bedragen.

Predictief onderzoek zoals in het huidige onderzoek is erg zinvol en, zoals uit het huidige onderzoek blijkt, makkelijk uit te voeren. Hoewel het huidige onderzoek verschillende interessante resultaten oplevert is het wenselijk om deze te kruisvalideren bij andere proefgroepen. Enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn daarbij: (1) onderzoek doen bij een grotere groep eerstelijnscliënten, (2) de nametingen op nog latere tijdstippen verrichten, bijvoorbeeld de afname van een SCL-90 na een half jaar en een jaar.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA;1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90: herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Barelds, D. P. H. & Jonker, A. (2002). De NPV in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 28-34.
- Barelds, D.P.H. & Luteijn, F. (2003). Enige gegevens met de Nederlandse Verkorte MMPI in de algemene bevolking. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 18-26.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In: Lambert, M.J. (red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In: Lambert, M.J. (red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Cronbach, L. & Furby, L. (1970). How we should measure "change": Or should we? *Psychological Bulletin*, 74, 68-80.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.F.W. & Verschuur, M. (1995). Psychological distress, social support and social support seeking: A prospective study among primary mental health care patients. *Social Science and Medicine*, 40, 1083-1089.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (2002). De waarde van enige vragenlijsten in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 130-148.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (2003). De MMPI-2 in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 88-104.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (under review). Psychometrische eigenschappen van enige vragenlijsten in de eerstelijns.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert, M.J. (red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Luteijn, F. & Barelds, D.P.H. (2003a). Een vervanger van de NVM: NPST. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 163-168.

- Luteijn, F. & Barelds, D.P.H. (2003b). *Handleiding Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F. & Kok, A.R. (1985). *Herziene NVM handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & Van Dijk, H. (1985). *Eerste herziene NPV handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & Van Dijk, H. (2000). *Tweede herziene NPV handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schaap, C.P.D.R. (2001). Psychotherapie als placebo. *Tijdschrift Directieve Therapie*, 21, 354-367.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de , Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *Herziene handleiding UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Vertommen, H., Ter Laak, J. & Bijttebier, P. (2002). Het diagnostisch proces. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 4-16.

Figuur 1. Onderzoeksdesign.

Meetmoment	Vragenlijsten
T1	NVM, NPV, UCL, SCL-90
T2	SCL-90 vragenlijst met vier vragen voor de cliënt vragenlijst met drie vragen voor de therapeut
T3	SCL-90

Noot: T1 = meetmoment tijdens taxatie/intake, T2 = meetmoment tijdens ontslag, T3 = meetmoment na twee maanden na ontslag.

Tabel 1. Enkele biografische gegevens van de proefgroep.

Variabele	Antwoord	Percentage
Geslacht	vrouw	63.6%
	man	36.4%
Burgerlijke staat	gehuwd	53.5%
	samenwonend	12.6%
	ongetrouwd	29.5%
	gescheiden	3.9%
	weduwe/weduwnaar	0.4%
Schoolopleiding	MAVO/LBO	25.3%
	HAVO/MBO	38.8%
	VWO/HBO	28.2%
	Universitair	7.7%

Tabel 2. Diagnoses van de cliënten volgens DSM-IV.

Diagnose	Percentage
relatie- en gezinsproblematiek	24%
depressie	18%
angstproblematiek	14%
aanpassingsproblematiek	16%
overige diagnoses	28%
persoonlijkheidsproblematiek	35%

Tabel 3. Overzicht gebruikte therapie-oriëntatie per diagnosegroep (percentages per diagnosegroep).

	CGT	Systeem	Inzicht	Rogeriaans	Anders
relatie- en gezinsproblematiek	16%	74%	8%	0%	3%
depressie	47%	23%	10%	3%	17%
angstproblematiek	74%	13%	0%	0%	13%
aanpassingsproblematiek	54%	12%	15%	0%	19%
overige diagnoses	41%	39%	16%	0%	4%

Tabel 4. Gemiddelde SCL-90 scores op de drie meetmomenten (standaarddeviaties tussen haakjes).

	T1	T2	T3
Gehele proefgroep	167.8 _a (43.4)	140.3 _b (47.0)	132.7 _c (42.8)
- Relatie en gezinsproblematiek	150.8 _a (35.4)	136.5 _b (32.4)	126.8 _c (29.3)
- Depressie	199.0 _a (35.1)	157.8 _b (70.6)	139.0 _c (47.5)
- Angst	187.4 _a (46.6)	153.0 _b (48.7)	147.7 _c (46.2)
- Aanpassingsproblemen	160.5 _a (36.5)	127.9 _b (26.2)	121.0 _c (32.3)

Noot: gemiddelden met een verschillend subscript tussen kolommen verschillen significant van elkaar ($p < .05$).

Tabel 5. Effect sizes tussen de drie meetmomenten.

	T1-T2	T1-T3	T2-T3
Effect size	.63	.88	.32

Tabel 6. Correlaties tussen client- en therapeutoordeel en (verschilscores) op de SCL-90.

	Oordeel client	Oordeel therapeut
SCL-90 T1	-.02	-.03
SCL-90 T2	-.36**	-.42**
SCL-90 T3	-.24**	-.35**
SCL-90 T1 - SCL-90 T2	.37**	.42**
SCL-90 T1 - SCL-90 T3	.24**	.32**
SCL-90 T2 - SCL-90 T3	-.27**	-.18*

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

Tabel 7. Correlaties tussen NPST, NPV en UCL (intake) en de SCL-90 scores op T2 en T3 (absolute correlaties groter of gelijk .20).

	SCL-90 op T2	SCL-90 op T3
<u>NPV</u>		
IN	.44**	.47**
SI	.28**	.26**
RG	.26**	.27**
VE	.36**	.37**
ZE	.25**	.22**
DO	-.11	-.09
ZW	-.32**	-.32**
<u>NPST</u>		
NEG	.18*	.23**
PSY	.06	.11
SOM	.26**	.27**
<u>UCL</u>		
ACT	-.25**	-.21*
PAL	-.09	-.03
VER	.20*	.24**
SOC	-.19*	-.18*
PAS	.33**	.35**
EXP	.01	-.05
GER	-.15	-.11
<u>Biografische variabelen</u>		
Geslacht	-.03	-.04
Leeftijd	.01	-.02
Opleiding	-.24**	-.27**
Multipale correlatie (R)	.58**	.61**

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