

Master Thesis

Voorspellers van de Behandeluitkomst bij Niet-Westerse Etnische
Minderheden in een Ambulante GGz-Instelling in Nederland

Universiteit Utrecht

I-Psy Interculturele Psychiatrie

Master Thesis
Collegejaar 2012-2013

Gegevens Student

Naam: E. (Eva) M. Gort
Studentnr.: 3519163
Universiteit: Utrecht
Faculteit: Sociale Wetenschappen
Master: Klinische en Gezondheidspsychologie
Datum: 8 april 2013

Gegevens Begeleiders

Naam: Dr. J.W. Knipscheer
Instelling: Universiteit Utrecht
Afdeling: Klinische en Gezondheidspsychologie

Naam: Dr. S. Ghane
Instelling: I-Psy
Afdeling: Utrecht

Gegevens Beoordelaars

Naam: Dr. J.W. Knipscheer
Instelling: Universiteit Utrecht
Afdeling: Klinische en Gezondheidspsychologie

Naam: Prof. Dr. R.J. Kleber
Instelling: Universiteit Utrecht
Afdeling: Klinische en Gezondheidspsychologie



Universiteit Utrecht



i-psy
interculturele psychiatrie

Voorspellers van de Behandeluitkomst bij Niet-Westerse Etnische Minderheden in een
Ambulante GGz-Instelling in Nederland.

Eva M. Gort

Universiteit Utrecht

Samenvatting

Achtergrond. Niet-westerse etnische minderheden lijken minder te profiteren van gezondheidszorg in het algemeen en psychotherapie in het bijzonder. Het is echter van groot belang deze gestaag groeiende en kwetsbare populatie effectieve (geestelijke) gezondheidszorg te kunnen bieden. *Doel.* Om hier aan bij te dragen is in de huidige studie de voorspellende waarde van verschillende therapie- ((voorkeurs)taal; *ethnic matching*), therapeut- (interculturele competentie) en patiëntvariabelen (generatie; werk; As-II diagnose; As-III diagnose; As-I comorbiditeit; psychofarmaca) onderzocht voor de psychotherapeutische behandeluitkomst bij etnische minderheden in een ambulante instelling voor interculturele psychiatrie in Nederland. *Methoden.* De elektronische patiëntdossiers van 59 uitbehandelde patiënten werden doorzocht op voor het onderzoek relevante informatie. *Resultaten.* Het hebben van werk en het gebruik van psychofarmaca zijn significante voorspellers van klachtvermindering. De andere variabelen bleken geen verband te houden met behandeluitkomst. *Conclusie.* In een cultureel heterogene patiëntengroep hangt klachtenvermindering samen met het hebben van een baan en het aanbieden van gecombineerde psychotherapie met psychofarmaca. Opmerkelijk is dat de etnische achtergrond van de behandelaar noch diens mate van culturele competentie bijdragen aan het behandelresultaat. Klinische implicaties van deze bevindingen, suggesties voor toekomstig onderzoek en tekortkomingen van deze studie worden toegelicht.

Sleutelwoorden: etnische minderheden, psychotherapie, behandeluitkomst, voorspellers.

Al geruime tijd groeit het aantal personen van niet-westerse allochtone afkomst in Nederland sterk, van ruim 1.4 miljoen in 2000 tot ruim 1.9 miljoen in 2011 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012). Ten opzichte van de totale Nederlandse bevolking is de niet-westerse minderheidspopulatie sinds 2000 toegenomen van 8.9% naar 11.6% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012). De verwachting is dat de groei van deze populatie niet-westerse allochtonen zal doorzetten en dat zij in 2020 12.9% en in 2055 18.0% van de totale Nederlandse bevolking zal omvatten (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010).

Niet-westerse minderheidspopulaties zijn kwetsbaarder voor psychische, sociale en lichamelijke problemen. Zo werd in 2009 bij 11.7% van de bij de huisarts ontvangen niet-westerse patiënten een psychisch probleem en bij 3.3% een sociaal probleem gediagnosticeerd (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012). Deze percentages zijn hoog in vergelijking met die van autochtone patiënten, bij wie ze op 10.0% respectievelijk 2.4% liggen. Hoewel dit een klein verschil lijkt in absolute zin, houdt dit relatief gezien in dat bij niet-westerse patiënten ongeveer 15% vaker een psychisch probleem en 27% vaker een sociaal probleem wordt gevonden. Tevens werden bij niet-westerse allochtonen vaker diagnoses gesteld voor verschillende lichamelijke aandoeningen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012). Deze verhoogde algehele pathologie bij etnische minderheidsgroepen (Kamperman & de Wit, 2010) kan verhelderd worden vanuit de veronderstelling dat migratie en acculturatie, welke een grote rol spelen in *la condición migrante* (de Jong & Colijn, 2010), complexe en stressvolle processen zijn die samen kunnen gaan met een verslechtering van de gezondheidstoestand (Bengi-Arslan, Verhulst & Crijnen, 2002; Bughra, 2004; Carta, Bernal, Hardoy & Haro-Abad, 2005; Hwang, Myers, Abe-Kim & Ting, 2008; Knipscheer & Kleber, 2007). Migratie is echter een uitermate individueel proces, waarbij migranten zowel voor de migratie als erna, en eveneens tijdens het acculturalisatieproces dat volgt op migratie, zeer diverse ervaringen doormaken (Berry, 1997, 2005; Bughra, 2004; Carta et al., 2005; Hwang et al., 2008). Er kan dus niet gesproken worden van dé migrant of dé uitkomst van migratie of acculturatie als homogene concepten, daar geen enkele migrant hetzelfde is en er een evenzo grote verscheidenheid aan uitkomsten van deze processen bestaat (Berry, 1997, 2005; Bughra, 2004; Carta et al., 2005; Hwang et al., 2008).

Adequate gezondheidszorg is voor de groeiende kwetsbare etnische minderheidspopulaties van groot belang en het is dan ook een ethische en morele verantwoordelijkheid, vanuit het principe van *evidence-based practice*, om het beschikbare wetenschappelijke bewijs te integreren met klinische expertise in de context van de kenmerken, cultuur en voorkeuren van de patiënt (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007;

Trimble & Fisher, 2006). Daarnaast is werkzame gezondheidszorg, in het licht van de economische recessie en de besparingen op het gebied van de volksgezondheid, meer kosteneffectief, daar de gedane investeringen resultaat opleveren. Met betrekking tot psychische problemen dient de therapeutische behandeling bijgevolg effectief te zijn in het verminderen van de klachten en het verbeteren van de kwaliteit van leven. De regulier toegepaste en *evidence-based* psychotherapie is volgens sommige onderzoeken tevens werkzaam bij etnische minderheidspopulaties (Aisenberg, 2008; Kataoka, Novins & DeCarlo Santiago, 2010; Miranda et al., 2005). Echter, ‘de Raad voor Volksgezondheid en Zorg concludeerde in 2000 dat alloctonen minder profiteren van het zorgaanbod dan autoctonen’ (Knipscheer & Kleber, 2004, p. 12; Struijs & Wennink, 2000). Zo maken zij minder gebruik van de geestelijke gezondheidszorg en ondervinden zij meer crises, misdiagnoses, eenmalige contacten, een kortere behandeluur en een slechtere behandeluitkomst (van Dijk, 2010; Ghane, 2011; González et al., 2010; de Jong & Colijn, 2010; Knipscheer & Kleber, 2004; Zane, Enomoto & Chun, 1994). Tevens is er bij deze populatie vaker sprake van drop-out (Blom et al., 2010; van Dijk, 2010; Fassaert et al., 2010; Ghane, 2011; de Jong & Colijn, 2010; Knipscheer & Kleber, 2004; Organista, Muñoz & González, 1994).

De hierboven beschreven relatief slechtere behandeluitkomst van psychotherapie bij etnische minderheden wordt doorgaans toegeschreven aan begrippen als ‘culturele verschillen’ en ‘cultuur’ (van Dijk, 1989). Cultuur is echter slecht operationaliseerbaar en daarom voor onderzoek weinig geschikt, daar het een zeer breed en vaag omschreven concept behelst (Ghane, 2011). Om zicht te krijgen op de factoren die psychotherapeutische behandeluitkomst bij etnische minderheden voorspellen, dient derhalve gebruik gemaakt te worden van meer specifieke variabelen als eenheden van analyse (Ghane, 2011). Er zijn verscheidene variabelen bekend die bijdragen aan de uitkomsten van psychotherapie in het algemeen of bij etnische minderheden in het bijzonder. Deze variabelen kunnen worden onderverdeeld in therapie-, therapeut- en patiëntvoorspellers van psychotherapeutische behandeluitkomst, waarbij patiëntkarakteristieken 40% en therapie- en therapeutkarakteristieken beide 30% van de variantie in behandeluitkomst verklaren (Clarkin & Levy, 2004; Kim, Zane & Blozis, 2012; Liebherz et al., 2012). De belangrijkste variabelen worden in de hiernavolgende tekst besproken.

Een therapievoorspeller van de behandeluitkomst van psychotherapie bij etnische minderheidsgroepen betreft de taal waarin de therapie wordt gegeven. Naast het gegeven dat gebrekkige taalvaardigheid een drempel vormt voor het zoeken van hulp en het toetreden tot de gezondheidszorg (Scheppers, van Dongen, Dekker, Geertzen & Dekker, 2006), verslechtert

het ontbreken van een gezamenlijk beheerste taal de uitkomsten van de psychotherapeutische behandeling (Bot & Verrept, 2010; Kim et al., 2012; May, 2002). Wanneer de behandeling echter in de (voorkeurs)taal van de patiënt wordt aangeboden, heeft dit een positieve invloed op het aantal therapie sessies (Flaskerud, 1990) en de behandeluitkomst (Borra, 2010; van Dijk, 2010; Griner & Smith, 2006).

Het koppelen van patiënt en therapeut op basis van culturele achtergrond, *ethnic matching* genaamd, is echter een controversiële aangelegenheid (van Dijk, 2010), daar hier in veel hulpverleningscentra, ondanks beperkte wetenschappelijke ondersteuning, wel naar wordt gestreefd (Özbek, 2011). Cabral en Smith (2011) vonden in hun recente meta-analyse van 53 relevante onderzoeken (bijv., Maramba & Hall, 2002; Shin et al., 2005) namelijk dat, hoewel patiënten therapeuten van hun eigen achtergrond doorgaans prefereren, *ethnic matching* op zichzelf weinig tot niets bijdraagt aan de uitkomsten van psychotherapeutische behandeling. Ook studies van Nederlandse bodem ondersteunen deze conclusie (Knipscheer & Kleber, 2004a, 2004b).

Interculturele competentie van de behandelaar, een mogelijke therapeutvoorspeller van de behandeluitkomst van psychotherapie bij etnische minderheidspopulaties, lijkt daarentegen wel zijn nut te bewijzen als het gaat om een gunstiger behandeluitkomst (Colijn & Sevinç, 2010; Kleinman, 2005; Sue, Arredondo & McDavis, 1992; Sue, Zane, Hall, & Berger, 2009; van Dijk, 2010; Whaley & Davis, 2007). Het gaat hierbij om ‘het vermogen van individuen om een effectieve interpersoonlijke relatie en werkrelatie aan te gaan die cultuurverschillen overstijgt’ (Sue et al., 1992; Colijn & Sevinç, 2010), om ‘het nieuwsgierig worden en blijven naar verschillen tussen mensen op grond van allerlei factoren’ (Kramer in Colijn & Sevinç, 2010). Interculturele competentie betreft drie gebieden, te weten culturele sensitiviteit, culturele kennis en culturele vaardigheden (Sue et al., 2009). Culturele sensitiviteit is het meest uitvoerig beschreven in de analyse van interculturele competentie en betreft het bewust zijn van de eigen culturele bepaaldheid en de relativiteit en beperktheid van de eigen (behandel)visie (Flaskerud, 2007; Sue et al., 2009). Culturele kennis behelst bekendheid met de cultuur, het wereldbeeld en de verwachtingen over de werkrelatie en therapie van de patiënt (Sue et al., 2009). Tenslotte dient de therapeut de vaardigheid te bezitten op een cultureel sensitieve en relevante manier in te grijpen (Sue et al., 2009). Ondanks de uitgebreide aanwijzingen voor de rol van interculturele competentie van de behandelaar in het bewerkstelligen van betere behandeluitkomsten, bestaat er een tekort aan concreet wetenschappelijk onderzoek op dit gebied (Beach et al., 2005; Kleinman, 2005).

Een mogelijke patiëntvoorspeller van de behandeluitkomst van psychotherapie is de acculturatiestrategie die de patiënt hanteert (Alvidrez, Azocar & Miranda, 1996; Miranda et al., 2005). Acculturatie is het tweeledige proces van culturele en psychologische verandering dat plaatsvindt als gevolg van intercultureel contact tussen twee of meer culturele groepen en hun individuele groepsleden (Berry, 1997, 2005). Op basis van twee dimensies, te weten cultureel behoud (in welke mate de cultuur en identiteit van herkomst belangrijk worden geacht en het behoud ervan wordt nagestreefd) en contact en participatie (in welke mate contact met en participatie in de samenleving tezamen met andere culturele groepen als van belang worden beschouwd) kunnen vier acculturatiestrategieën onderscheiden worden (Berry, 1997, 2005; Ghorashi & van de Vijver, 2010). Integratie betreft de nadruk op zowel cultureel behoud als contact en participatie. Bij marginalisatie daarentegen, is geen van beide dimensies sterk aanwezig. Van separatie is er sprake als de nadruk ligt op cultureel behoud, terwijl assimilatie het accent op contact en participatie legt (Berry, 1997, 2005; Ghorashi & van de Vijver, 2010). Acculturatiestrategie wordt desondanks in de alledaagse klinische praktijk dikwijls niet vastgesteld (Oosterbeek, 2011). Wel zijn er aanwijzingen dat acculturatie verband houdt met generatie, waarbij tweede generatie etnische minderheden een hogere mate van integratie hanteren (Ghorashi & van de Vijver, 2010; Valentine, 2001). Generatie is hiermee echter geen perfecte vervanging voor of synoniem aan acculturatie.

Andere patiëntvoorspellers van de psychotherapeutische behandeluitkomst bij etnische minderheidspopulaties zijn persoonlijkheidsstoornissen en somatische symptomen, het gebruik van psychofarmaca en het hebben werk. Zo wordt het vóórkomen van persoonlijkheidsstoornissen op As-II van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) geassocieerd met minder gunstige psychotherapeutische behandeluitkomst (Kent, Busby, Johnston, Wood & Docherty, 2000; Mazza, Barbarino, Capitani, Sarchiapone & De Risio, 2004; Piper, Joyce, Azim & Rosie, 1994; Reisch, Thommen, Tschacker & Hirsbrunner, 2001; Wilberg, Karterud, Urnes, Pederson & Friis, 1998; Wilberg et al., 1999; Zeeck, Hartmann & Kuhn, 2005). Ook de aanwezigheid van somatische symptomen op As-III van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) gaat doorgaans gepaard met een nadeligere uitkomst van psychotherapie (van Beljouw, Verhaak, Cuijpers, van Marwijk & Penninx, 2010; Kim et al., 2011; Kim et al., 2012). Daarbij ligt de prevalentie van somatische symptomen, al dan niet als uiting van een onderliggend psychosociaal probleem, hoger bij niet-westerse allochtonen dan bij autochtonen (Bengi-Arslan et al., 2002; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012; Kamperman & de Wit, 2010). Deze populatie lijkt dus een risicofactor voor minder gunstige behandeluitkomst te bezitten. Verder lijken patiënten die

psychofarmaca gebruiken naast de psychotherapeutische behandeling minder te profiteren van de behandeling dan patiënten die dit niet gebruiken (Dunn, Staley & Sexton in Liebherz et al., 2012; Wilberg et al., 1998). Tenslotte tonen verschillende onderzoeken het belang van het hebben van werk voor de geestelijke gezondheid en behandeluitkomst aan (Dunn et al. in Liebherz et al., 2012; Khoo, 2010; Knipscheer & Kleber, 2007; Liebherz et al., 2012; Mazza et al., 2004; Bengi-Arslan et al., 2002). Wat comorbide psychiatrische stoornissen op As-I van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) aangaat, wordt consistent gevonden dat deze geen invloed hebben op de behandeluitkomst bij een grote verscheidenheid aan psychopathologie, leeftijdsgroepen en behandelingen (Allen, White, Barlow, Shear, Gorman & Woods, 2010; Olatunji, Cisler & Tolin, 2010; Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey & Wolff, 2008; Schafer, Fischer, Reimer, Karow & Haasen, 2011).

Er is echter weinig bekend ten aanzien van de voorspellers van behandeluitkomst van psychotherapie bij etnische minderheden in Nederland. Van bovenstaande voorspellers is hun relatie met behandeluitkomst voornamelijk aangetoond in Amerikaanse onderzoeken, welke ofwel overwegend westerse *middle-class* populaties bevatten, ofwel andere etnische minderheidspopulaties dan de Nederlandse betreffen, met een verschillende migratiegeschiedenis, culturele achtergrond en specifiek ervaren moeilijkheden, waardoor de resultaten uit deze onderzoeken slechts spaarzaam zijn te generaliseren naar de Nederlandse situatie. Zodoende is de dringende behoefte aan dergelijk Nederlands onderzoek evident. Wetenschappelijk gefundeerde kennis van de relevante voorspellers van behandeluitkomst bij niet-westerse etnische minderheden kan immers bijdragen aan de optimalisering van psychotherapie bij deze populatie en kan waarborgen dat hun de gezondheidszorg wordt gegeven die zij vanuit ethisch en praktisch opzicht dienen te ontvangen.

In dit onderzoek zal dan ook worden gekeken naar de waarde van bovengenoemde voorspellers van de psychotherapeutische behandeluitkomst bij etnische minderheidspopulaties in een ambulante GGz-instelling in Nederland. Daar vanuit het principe van *evidence-based practice* zorg effectief behoort te zijn in het verminderen van de klachten en het verbeteren van de kwaliteit van leven, worden deze twee componenten als maat genomen voor de behandeluitkomst. De volgende hypothesen zijn aan de hand van de voorspellende variabelen en de uitkomstvariabelen geformuleerd:

- Therapievoorspellers.
 - Psychotherapie in de (voorkeurs)taal van de patiënt is een significante voorspeller van een gunstiger behandeluitkomst.

- *Ethnic matching* van patiënt en therapeut in de psychotherapie is geen significante voorspeller van een behandeluitkomst.
- Therapeutvoorspellers: Interculturele competentie van de therapeut is een significante voorspeller van een gunstiger behandeluitkomst.
- Patiëntvoorspellers.
 - Het behoren tot de tweede generatie is een significante voorspeller van een gunstiger behandeluitkomst.
 - Het hebben van werk is een significante voorspeller van een gunstiger behandeluitkomst.
 - DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) As-II persoonlijkheidsproblematiek en As-III somatische symptomen bij de patiënt zijn significante voorspellers van een ongunstiger behandeluitkomst.
 - DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) comorbide As-I diagnoses zijn geen significante voorspellers van behandeluitkomst.
 - Het gebruik van psychofarmaca naast de psychotherapeutische behandeling is een significante voorspeller van een ongunstiger behandeluitkomst.

Methoden

Participanten

De steekproef bestond uit patiënten die voor individuele psychotherapie 3 maanden tot een jaar geleden voor het laatst behandeld waren bij I-Psy Utrecht, een landelijk instituut voor interculturele psychiatrie, waar patiënten met zeer verschillende culturele achtergronden met kennis van en respect en begrip voor de eigen taal en cultuur zeer laagdrempelig kunnen worden behandeld. De benodigde informatie met betrekking tot de voorspellers van behandeluitkomst werd retrospectief verkregen uit een elektronisch patiëntendossier (EPD). Door I-Psy Utrecht werd een lijst beschikbaar gesteld met patiënten ($N = 138$) wier diagnose behandeling combinatie (DBC) in 2012 was afgesloten. Patiënten werden uitgesloten van het onderzoek als zij: (a) een opnieuw geopend dossier hadden ($N = 68$); (b) niet aan zowel het begin als het eind van de therapie de relevante vragenlijsten hadden ingevuld ($N = 7$); (c) jonger dan 18 jaar of ouder dan 65 jaar waren ($N = 2$) en (d) niet in behandeling waren geweest bij een ten tijde van het onderzoek bij I-Psy Utrecht werkende therapeut ($N = 2$). Dit resulteerde in het uitsluiten van 79 patiënten. De uiteindelijke geschikte steekproef bestond daarmee uit 59 patiënten. Tabel 1 geeft de kenmerken van de steekproef bij I-Psy behandelde patiënten per etnische minderheidspopulatie weer.

Procedure

De door I-Psy Utrecht beschikbaar gestelde digitale en papieren lijst met patiënten ($N = 138$) wiens DBC in 2012 was afgesloten, verliet de vestiging niet, werd beveiligd bewaard en werd vernietigd na gebruik. Toegang tot het EPD was beperkt en voor elke patiënt moest opnieuw expliciet toestemming worden gevraagd alvorens de autorisatie voor bezichtiging van de vertrouwelijke gegevens werd verschaft. Dit kon door als aanvrager aan te vinken er mee akkoord te gaan dat de reden voor toegang tot het dossier werd opgeslagen. Als de autorisatie voor bezichtiging was verkregen, werd het EPD doorzocht op voor de in het onderzoek betrokken variabelen relevante informatie. Deze informatie werd voor de geselecteerde patiënten ($N = 59$) vervolgens in een databestand gezet. De anonimiteit van de patiënten werd gewaarborgd door toewijzing van participantnummers en door het coderen van de personalia.

Variabelen

Demografische Variabelen. De meegenomen demografische variabelen waren leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, generatie, percentage van leven in Nederland (het

aantal jaren woonachtig in Nederland gedeeld door de totale levensduur in jaren maal 100), burgerlijke staat, opleidingsniveau en werk. Etnische achtergrond werd bepaald aan de hand van het geboorteland van de patiënt of zijn ouders (Oosterbeek, 2011; Stronk, Kulu-Glasgow & Agyemang, 2009). De eerste generatie betrof patiënten die zelf zijn geboren in een niet-westers land. Met de tweede generatie werden patiënten bedoeld die zelf in Nederland zijn geboren, maar waarvan een of beide ouders is geboren in een niet-westers land (Oosterbeek, 2011; Stronks et al., 2009).

Potentiële Covariaten.

Therapie Intensiteit. Intensiteit van de therapie werd berekend als het totaal aantal bijgewoonde psychotherapeutische sessies (in de dossiers gecodeerd als D311 101), gedeeld door de behandelduur in maanden (Fassaert et al., 2010).

Aanwezigheidsgraad. Aanwezigheid van de cliënt werd berekend door het aantal bijgewoonde psychotherapeutische sessies (in de dossiers gecodeerd als D311 101) te delen door het aantal geplande psychotherapeutische sessies. Hierbij bestonden geplande sessies uit het aantal bijgewoonde sessies plus het aantal gemiste sessies zonder voorafgaande kennisgeving (in de dossiers gecodeerd als D311 105). Door de patiënt vooraf geannuleerde sessies (in de dossiers gecodeerd als D311 106) maakten dus geen deel uit van de geplande sessies (Oosterbeek, 2011).

Kwalificatie Therapeut. Een gekwalificeerde therapeut werd opgevat als een basispsycholoog die twee of meer jaren postdoctorale opleiding had gevolgd en zodoende bij het Nederlands Instituut voor Psychologen als geregistreerd en geaccrediteerd voor het uitoefenen van psychotherapie was aangemerkt. Een niet-erkende therapeut werd gezien als een basispsycholoog die deze postdoctorale opleiding (nog) niet had gevolgd (Oosterbeek, 2011).

Voorspellers.

Therapievoorspellers.

(Voorkeurs)Taal. Met behulp van de gegevens uit het dossier of informatie over de talenkennis van de behandelend therapeut werd nagegaan of de therapie in de (voorkeurs)taal van de patiënt was gegeven. Als patiënten met behulp van een tolk hadden gecommuniceerd werd dit ook gezien als therapie in de (voorkeurs)taal.

Ethnic Matching. *Ethnic matching* is het koppelen van patiënt en therapeut op basis van culturele achtergrond. Met behulp van de gegevens uit het dossier werd nagegaan of er in de therapie sprake was geweest van een op nationale afkomst gebaseerde *ethnic match*.

Therapeutvoorspellers.

Interculturele Competentie. Interculturele competentie van de therapeut werd gemeten met behulp van de Nederlandse vertaling van de Checklist Culturele Competenties (Veling & van Dijk, 2011; $\alpha = .65$ in de huidige steekproef). Deze checklist bestaat uit 39 stellingen verdeeld over drie dimensies, te kennen fysieke omgeving, materialen en hulpmiddelen (4 items), communicatiestijlen (11 items) en waarden en attitudes (24 items). De therapeut dient voor elke stelling aan te geven of hij de genoemde zaken vaak doet (A; 3), soms doet (B; 2) of zelden of nooit doet (C; 1). De gemiddelde score van de Checklist Culturele Competenties, die kan variëren van 1 (lage interculturele competentie) tot 3 (hoge interculturele competentie), werd meegenomen in de analyses.

Patiëntvoorspellers. Aan de hand van de gegevens uit het dossier van de patiënt werd de eventuele aanwezigheid van een DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) As-II persoonlijkheidsproblematiek en As-III somatische symptomen achterhaald. Daarbij werd nagegaan van hoeveel As-I diagnoses er sprake was. Tevens werd gekeken of de patiënt naast de psychotherapeutische behandeling psychofarmaca gebruikte. Hierbij werd uitgegaan van de status van deze variabelen voor het begin van de behandeling, tenzij in de loop van de therapie was gebleken dat het om complexere problematiek ging dan op basis van de intake vermoed werd.

Behandeluitkomst. Onderstaande vragenlijsten werden op verschillende tijdstippen bij de patiënten afgenomen. De eerste afname vond plaats als voormeting voordat de psychotherapeutische behandeling van start ging. Tijdens de psychotherapeutische behandeling werden, afhankelijk van de duur van de behandeling, de vragenlijsten nog één of meerdere malen afgenomen bij wijze van tussenmeting. De laatste afname geschiedde als nameting aan het eind van de therapeutische behandeling met als doel de therapie te evalueren. In de analyses werd slechts gebruik gemaakt van de voor- en nameting.

Klachten. Klachten van de patiënt werden gemeten met behulp van de Korte Klachten Lijst (KKL; Lange & Appelo, 2007; $\alpha = .86$ in de huidige steekproef). De KKL is een vragenlijst met 13 items (bijv., angsten; depressiviteit, lichamelijke klachten, slaapproblemen) en een open vraag (andere klachten), gericht op symptomen die in de psychiatrie veelvuldig voorkomen. De patiënt gaf op een vijfpunts Likertschaal aan in welke mate (0 = geen; 4 = heel erg) hij last heeft van de klachten. De KKL, die ontwikkeld is om op een efficiënte en snelle wijze een indicatie te verkrijgen voor de mate van psychisch lijden, is tevens geschikt ter evaluatie van de therapie. De KKL totaalscores voor de start- en eindmeting werden gebruikt om de variabele behandeluitkomst klachten te berekenen. Hiertoe werd de

totaalscore op de eindmeting van de KKL afgetrokken van de totaalscore op de startmeting. Een negatieve score is indicatief voor een klachttoename op de eindmeting ten opzichte van de startmeting, een nulscore indiceert geen klachtverandering en een positieve score tenslotte wijst op een klachtafname.

Kwaliteit van Leven (KvL). Kwaliteit van leven van de patiënt werd vastgesteld door middel van de Nederlandse versie van de Sheehan Disability Scale (SDS; Leon, Olfson, Portera, Farber & Sheehan, 1997; $\alpha = .85$), welke beperkingen in het functioneren meet. De patiënt gaf op een tienpunts schaal, welke gebruik maakt van visueel-ruimtelijke, numerieke en verbaal beschrijvende informatie, de mate aan waarin hij door zijn problemen beperkt wordt op drie dimensies, namelijk in het werk of de structurele dagelijkse activiteiten, het sociale leven of de vrijetijdsbesteding en in het gezinsleven. Ook gaf de patiënt op eenzelfde schaal aan hoe gelukkig hij zich de laatste maand had gevoeld. Er kan op basis van deze vier schalen een gemiddelde score van kwaliteit van leven berekend worden, lopend van 0 (lage KvL) tot 10 (hoge KvL), waarbij de drie items aangaande beperkingen omgepoold dienen te worden. Deze gemiddelde SDS scores voor de start- en eindmeting werden gebruikt om de variabele behandeluitkomst kwaliteit van leven te berekenen. Hiertoe werd de gemiddelde score op de startmeting van de SDS afgetrokken van de gemiddelde score op de eindmeting. Een negatieve score is indicatief voor een afname van de kwaliteit van leven op de eindmeting ten opzichte van de startmeting, een nulscore is indicatief voor geen verandering in kwaliteit van leven en een positieve score duidt op een toename van de kwaliteit van leven.

Uitgesloten Variabelen. In eerste instantie werden er 20 variabelen in dit onderzoek beschreven. De variabelen therapie intensiteit en aanwezigheidsgraad werden weggelaten uit de analyses, daar in de EPD's slechts notie werd gemaakt van de laatste 30 afspraken. In plaats van deze twee variabelen werd de variabele behandelduur in maanden meegenomen.

Analyse

Voor het uitvoeren van de statistische analyses werd gebruik gemaakt van IBM SPSS 20.0 voor Windows. Het significantieniveau werd ingesteld op $p < .05$ (*two-tailed*), omdat er slechts beperkt literatuur beschikbaar is die de richting van de voorspellers in de huidige steekproef ondersteunt. De hypothesen aangaande de therapie-, therapeut- en patiëntvoorspellers van behandeluitkomst werden getoetst door middel van multiële regressieanalyse.

Eerst werden beschrijvende statistieken opgevraagd voor de continue variabelen leeftijd, percentage van het leven in Nederland, behandelduur, interculturele competentie,

aantal As-I diagnoses, klachten en kwaliteit van leven (M en SD) en voor de categorische variabelen geslacht, etnische achtergrond, generatie, burgerlijke staat, opleidingsniveau, kwalificatie, (voorkeurs)taal, *ethnic matching*, As-II diagnose, As-III diagnose, psychofarmaca en werk (N en %), om op die manier een beeld van de kenmerken van de steekproef te krijgen (zie Tabel 1).

Hierna werden de demografische categorische variabelen etnische achtergrond, burgerlijke staat en opleidingsniveau in dummy variabelen gecodeerd. Bij etnische achtergrond werd de groep patiënten van overige afkomst als *baseline* genomen waartegen de patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst werden afgezet. Bij burgerlijke staat werden de gehuwden als *baseline* genomen. De andere huwelijkse staten werden hiermee vergeleken. Bij opleidingsniveau tenslotte werd basisopleiding als *baseline* genomen. Geen, middelbare en vervolgopleiding werden hiertegen afgezet.

Alvorens werd overgegaan tot de daadwerkelijke analyse, werd gekeken of de variabelen leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, percentage van leven in Nederland, burgerlijke staat, opleidingsniveau, behandelduur en kwalificatie correleerden met de uitkomstvariabelen klachten en kwaliteit van leven. Bij geen van deze was dit het geval (alle p 's $> .05$). Het was dus niet nodig covariaten mee te nemen in de multiële regressieanalyse.

Vervolgens werd nagegaan of de basisassumpties van multiële regressieanalyse waren geschonden. Met betrekking tot uitschieters werd gekeken naar Mahalanobis *distance*, de *standardized residuals* en *Cook's distance*. De waarden van deze maten gaven voor zowel de regressieanalyse met klachten als kwaliteit van leven als uitkomstmaat geen aanleiding tot bezorgdheid. Ook de waarden en/of figuren voor Tolerance (multicollineariteit), Durbin-Watson (onafhankelijke *residuals*), normaal verdeelde *residuals* en variantie in de voorspellers wezen niet op schending van de basisassumpties in beide regressieanalyses. De *scatterplot* van de Regression Standardized Residual (y) en de Regression Standardized Predicted Value (x) liet echter zien dat er sprake is van heteroscedasticiteit (bijzonder ongelijke varianties voor de verschillende niveaus van de voorspellers) in de analyse met klachten als uitkomstmaat. In de analyse met kwaliteit van leven als uitkomstmaat toonde deze *scatterplot* non-lineariteit. Door deze schending van de basisassumpties dienen de uitkomsten van de analyse met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Na het testen van de basisassumpties werden twee multiële regressieanalyses uitgevoerd om de hypothesen met betrekking tot de therapie-, therapeut- en patiëntvoorspellers van behandeluitkomst bij etnische minderheden te toetsen. De eerste

regressieanalyse toetste de voorspellende waarde van de variabelen bij de uitkomstvariabele klachten. De tweede regressieanalyse deed dit voor de uitkomstvariabele kwaliteit van leven.

Resultaten

Beschrijvende Statistiek

Tabel 1 laat de kenmerken van de patiënten per etnische minderheidspopulatie zien. In totaal participeerden 59 patiënten in dit onderzoek, waarvan er 38 (64.4%) van Turkse, 12 (20.3%) van Marokkaanse en 9 (15.3%) van overige afkomst waren. De patiënten, waarvan 34 van het vrouwelijk geslacht (57.6%), waren gemiddeld ongeveer 44 jaar oud ($SD = 9.03$), leefden gemiddeld ongeveer de helft van hun leven in Nederland ($SD = 23.85$), waren vooral van de eerste generatie (93.2%), veelal gehuwd (75.4%), hadden vaak een basisopleiding of hoger (93.7%) en meestal geen werk (66.1%). De patiënten werden gemiddeld ongeveer 23 maanden behandeld ($SD = 12.24$), in bijna de helft van de gevallen (49.2%) door een gekwalificeerd therapeut met een postdoctorale NIP-registratie. In bijna alle gevallen werden zij in hun voorkeurstaal (91.4%) behandeld en in iets meer dan een derde van de gevallen (35.6%) werden zij *gematched* aan een therapeut met dezelfde etnische achtergrond. De therapeut had gemiddeld een culturele competentie van 2.67 op een schaal van 1 tot 3 ($SD = .12$). Zij hadden gemiddeld bijna twee DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) As-I diagnoses ($SD = .74$), bijna een vierde van hen had persoonlijkheidsproblematiek op As-II (23.7%), bijna de helft somatische symptomen op As-III (45.8%) en ongeveer drie vierde gebruikte psychofarmaca naast de psychotherapeutische behandeling (74.6%). Tenslotte scoorde men aan het eind van de therapie gemiddeld ruim acht punten lager op klachten, gemeten met de KKL ($SD = 9.48$), en gemiddeld een kleine punt lager op KvL, gemeten met de SDS ($SD = 2.34$), vergeleken met de score aan het begin van de therapie. Deze veranderingen zijn significant bij uitvoering van een t-test voor herhaalde metingen ($p < .05$).

Tabel 1

Kenmerken van de steekproef bij I-Psy Utrecht behandelde patiënten per etnische minderheidspopulatie en als totaal (N = 59).

Variabele	Turks (N = 38)		Marokkaans (N = 12)		Overig (N = 9) ^a		Totaal (N = 59)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Continu</i>								
Leeftijd	44.37	8.08	42.17	11.87	41.89	9.29	43.54	9.03
% Leven in Nederland ^b	55.18	21.54	51.24	28.60	29.26	16.52	50.13	23.85
Behandelduur	23.87	13.24	24.33	12.00	18.22	6.82	23.10	12.24
Intercult. Compet.	2.67	.10	2.70	.18	2.64	.11	2.67	.12
As-I Diagnoses	1.68	.78	1.83	.72	1.67	.71	1.71	.74
Klachten	7.03	8.93	9.08	11.50	11.44	8.99	8.12	9.48
KvL	.90	2.15	.49	2.75	1.92	2.51	.97	2.34

Tabel 1 (vervolgd)

<i>Categorisch</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Geslacht							59	100.0
Mannen	17	44.7	5	41.7	3	33.3	25	42.4
Vrouwen	21	55.3	7	58.3	6	66.7	34	57.6
Generatie							59	100.0
Eerste	36	94.7	10	83.3	9	100.0	55	93.2
Tweede	2	5.3	2	16.7	0	0.0	4	6.8
Burgerlijke Staat ^c							57	100.0
Ongehuwd	1	2.7	0	0.0	1	11.1	2	3.5
Gehuwd	30	81.1	8	72.7	5	55.6	43	75.4
Gescheiden	5	13.5	3	27.3	2	22.2	10	17.5
Weduwe	1	2.7	0	0.0	1	11.1	2	3.5
Opleidingsniveau ^d							48	100.0
Geen	2	6.1	1	14.3	0	0.0	3	6.3
Basis	19	57.6	1	14.3	1	12.5	21	43.8
Middelbaar	8	24.2	2	28.6	2	25.0	12	25.0
Vervolg	4	12.1	3	42.9	5	50.0	12	25.0
Kwalificatie	15	39.5	7	58.3	7	77.8	29	49.2
(Voorkeurs)Taal ^e	37	97.4	9	75.0	7	87.5	53	91.4
Ethnic Matching	16	42.1	3	25.0	2	22.2	21	35.6
As-II Diagnose	10	26.3	3	25.0	1	11.1	14	23.7
As-III Diagnose	18	47.4	5	41.7	4	44.4	27	45.8
Psychofarmaca	27	71.1	10	83.3	7	77.8	44	74.6
Werk ^f	15	40.5	1	9.1	3	37.5	19	33.9

Opmerkingen. ^a Overig bestaat uit Iraans ($N = 2$), Afghaans ($N = 2$), Irakees ($N = 1$), Grieks ($N = 1$), Senegalees ($N = 1$), Guinees ($N = 1$) en Braziliaans ($N = 1$). ^b 5 missende waarden. ^c 2 missende waarden. ^d 11 missende waarden. ^e 1 missende waarde. ^f 3 missende waarden.

Voorspellers van Behandeluitkomst

Tabel 2 toont de resultaten van de uitgevoerde multiële regressieanalyses die behandeluitkomst, geoperationaliseerd als klachten en kwaliteit van leven, trachtten te voorspellen vanuit de verschillende therapie-, therapeut- en patiëntgerelateerde variabelen. Zowel klachten als kwaliteit van leven werden niet significant voorspeld met behulp van het regressiemodel (beide p 's $> .05$).

Therapievoorspellers.

(Voorkeurs)Taal. Psychotherapie gegeven in de (voorkeurs)taal van de patiënt was, strijdig met de hypothese, geen significante voorspeller van zowel klachten als kwaliteit van leven ($p = ns$).

Ethnic Matching. *Ethnic matching* van patiënt en therapeut op basis van culturele achtergrond bleek, overeenkomstig met de hypothese, zowel klachten als kwaliteit van leven niet significant te voorspellen ($p = ns$).

Therapeutvoorspellers.

Interculturele Competentie. Interculturele competentie van de therapeut was, strijdig met de hypothese, geen significante voorspeller van zowel klachten als kwaliteit van leven ($p = ns$).

Patiëntvoorspellers.

Generatie. Het behoren tot de tweede generatie bleek zowel klachten als kwaliteit van leven niet significant te voorspellen ($p = ns$). Dit was tegengesteld aan de hypothese.

Werk. Het hebben van werk voorspelde significant een grotere klachtvermindering ($p < .05$). Werk was echter geen significante voorspeller van kwaliteit van leven ($p = ns$).

As-II Diagnose. De aanwezigheid van DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) As-II persoonlijkheidsproblematiek was geen significante voorspeller van zowel klachten als kwaliteit van leven ($p = ns$). Dit was tegenstrijdig met de hypothese.

As-III Diagnose. De aanwezigheid van DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) As-III somatische symptomen was, tegengesteld aan de hypothese, geen significante voorspeller van zowel klachten als kwaliteit van leven ($p = ns$).

As-I Diagnoses. De aanwezigheid van DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) comorbide As-I diagnoses was geen significante voorspeller van zowel klachten als kwaliteit van leven ($p = ns$). Dit was overeenkomstig met de hypothese.

Psychofarmaca. Het gebruik van psychofarmaca door de patiënt naast de psychotherapeutische behandeling voorspelde significant een grotere klachtvermindering ($p > .05$). Psychofarmaca was echter geen significante voorspeller van kwaliteit van leven ($p = ns$).

Tabel 2

Resultaten van de multiële regressieanalyses naar de voorspellers van behandeluitkomst bij etnische minderheidspopulaties.

Behandeluitkomst	Voorspellers	<i>B</i>	<i>S.E. B</i>	β	<i>R</i> ²	<i>Adj. R</i> ²
Klachten					.27	.13
	(Voorkeurs)Taal	3.13	5.02	.09		
	Ethnic Matching	.71	2.91	.04		
	Intercult. Compet.	-10.42	11.29	-.13		
	Generatie	-2.09	5.09	-.06		
	Werk	5.81	2.84	*.30		
	As-II Diagnose	-.11	3.15	-.01		
	As-III Diagnose	.79	2.60	.04		
	As-I Diagnose	-.76	1.69	-.06		
Psychofarmaca	8.12	3.09	*.37			
KvL					.05	-.14
	(Voorkeurs)Taal	-.87	1.39	-.10		
	Ethnic Matching	.30	.80	.07		
	Intercult. Compet.	-1.34	3.13	-.07		
	Generatie	.27	1.41	.03		
	Werk	.46	.79	.10		
	As-II Diagnose	-.65	.87	-.13		
	As-III Diagnose	-.69	.72	-.15		
	As-I Diagnose	.05	.47	.02		
Psychofarmaca	-.08	.86	-.02			

*Opmerkingen. Adj. R*²: Adjusted *R*². * *p* < .05.

Discussie

Teneinde behandelingen in de GGz te optimaliseren voor etnische minderheidsgroepen, is in dit onderzoek gekeken naar de voorspellende waarde van verschillende therapie-, therapeut- en patiëntgerelateerde variabelen ten aanzien van psychotherapeutische behandeluitkomst (geoperationaliseerd als verandering van klachten en kwaliteit van leven) bij niet-westerse etnische minderheidspopulaties in een ambulante GGz-instelling in Nederland.

Met betrekking tot beide maten van behandeluitkomst bevestigden de resultaten de literatuur en de hypothese dat *ethnic matching* van patiënt en therapeut geen voorspeller is van behandeluitkomst (Cabral & Smith, 2011; van Dijk, 2010; Knipscheer & Kleber, 2004a, 2004b). Een wetenschappelijk gefundeerde praktijk zou de overdaad aan empirische evidentie in acht moeten nemen en de controversiële methode van *ethnic matching* in de toekomst niet als voorwaarde voor goede psychotherapie moeten hanteren in de behandeling van niet-westerse etnische minderheden. Het lijkt er echter niet op dat er met het toepassen van *ethnic matching* sprake is van *malpractice*. Hoewel *ethnic matching* niet bijdraagt aan behandeluitkomst, zijn er namelijk aanwijzingen dat het wel bevorderlijk is voor de tevredenheid van de patiënt met de therapie (Chang & Berk, 2009; Knipscheer & Kleber, 2004b). Tevens hebben patiënten een sterke voorkeur voor een therapeut met dezelfde culturele achtergrond en evalueren zij deze therapeut positiever (Cabral & Smith, 2011). De subjectief gerapporteerde kwaliteit van de therapeutische werkrelatie is daarbij volgens de meta-analyse van Sharf, Primavera en Diener (2010) een belangrijke voorspeller van therapietrouw. Toekomstig onderzoek zou deze relatie, waarbij *ethnic match*, al dan niet via tevredenheid met de therapie en/of therapeut, de therapietrouw voorspelt, nader moeten onderzoeken bij niet-westerse etnische minderheden in Nederland.

Tevens wordt de hypothese dat comorbide psychiatrische stoornissen op As-I geen voorspeller zouden zijn van behandeluitkomst bevestigd door de resultaten en deze ondersteunt daarmee de reeds aanwezige literatuur op dit gebied (Allen et al., 2010; Olatunji et al., 2010; Ollendick et al., 2008; Schafer et al., 2011). Dit resultaat impliceert dat de clinicus zich ook in de behandeling van etnische minderheden door comorbide psychiatrische stoornissen niet het zicht moet laten ontnemen op de hoofddiagnose of voornaamste problematiek van de patiënt.

De meeste van de overige hypothesen worden echter niet ondersteund door de data. Zo bleek, tegengesteld aan wat werd verwacht naar aanleiding van de literatuur (Borra, 2010; Bot & Verrept, 2010; van Dijk, 2010; Griner & Smith, 2006; Kim et al., 2012; May, 2002),

therapie in de (voorkeurs)taal van de patiënt geen voorspeller te zijn van behandeluitkomst. Het gegeven dat ruim 90% van de patiënten in deze studie psychotherapie in hun (voorkeurs)taal ontvingen, zodat de waarden voor de variabele (voorkeurs)taal niet gelijk verdeeld waren over de steekproef, kan hier aan hebben bijgedragen. Daarbij kan het conceptuele onderscheid tussen therapie in de (voorkeurs)taal en *ethnic matching* betwist worden, daar er bij een *ethnic match* op basis van culturele achtergrond tevens vaak eenzelfde taal gesproken wordt. De correlatie tussen deze twee variabelen is echter niet significant, wat impliceert dat zij elk iets wezenlijks anders meten. Een verklaring voor dit onderscheid kan worden gevonden in het feit dat talen doorgaans landsgrenzen overschrijden. Zo wordt het Perzisch gesproken in Iran, Afghanistan, Tadzjikistan en Oezbekistan, maar hebben mensen uit elk van deze landen een verschillende culturele achtergrond.

Opvallend is dat de aanname dat de interculturele competentie van de therapeut een gunstiger behandeluitkomst voorspelt (Colijn & Sevinç, 2010; Kleinman, 2005; Sue et al., 1992; Sue et al., 2009; van Dijk, 2010; Whaley & Davis, 2007) niet wordt ondersteund door de data. Er werd echter een zeer geringe variantie binnen de variabele interculturele competentie gevonden. Deze lijkt het gevolg te zijn van het feit dat alle therapeuten bij I-Psy een bijna maximale mate van interculturele competentie bezitten. I-Psy is namelijk een instelling voor interculturele psychiatrie, waar kennis, respect, begrip en sensitiviteit met betrekking tot cultuur een sleutelrol spelen. Het is het hart van de identiteit van I-Psy hun patiënten cultureel competent te benaderen. Derhalve is het niet verwonderlijk dat er sprake is van een plafondeffect, wat significante resultaten echter kan maskeren (Goodwin, 2008). Tevens is de Checklist Culturele Competenties (Veling & van Dijk, 2011), die in dit onderzoek gebruikt is ter operationalisatie van de variabele interculturele competentie, niet geïndexeerd in de documentatie van de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) en bezit de lijst in deze steekproef een matige interne consistentie volgens de criteria van Nunnally en Bernstein (in Goodwin, 2008), waardoor betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst niet te achterhalen of tenminste bediscussieerbaar zijn. Daar eerdere auteurs (Beach et al., 2005; Kleinman, 2005) al pleitten voor concreet wetenschappelijk onderzoek op het gebied van interculturele competentie en een geschikte meetmethode nog steeds schittert door afwezigheid, kan toekomstig onderzoek in dit empirisch hiaat springen door zich te richten op de ontwikkeling van een betrouwbaar en valide instrument. Hierbij is het nuttig te kijken naar de bruikbaarheid van de Multicultural Personality Questionnaire (MPQ; van der Zee & van Oudenhoven, 2000, 2001) in de GGz. Dit instrument is ontwikkeld als maat voor karaktereigenschappen met betrekking tot

motivationale, professionele en beroepsmatige kwesties in een multiculturele en internationale omgeving (Leone, van der Zee, van Oudenhoven, Perugini & Ercolani, 2005). Het instrument wordt nu vooral toegepast in een meer zakelijke *setting*, maar zou van potentiële waarde voor de interculturele GGz kunnen zijn.

Verder bleken, tegenstrijdig met wat gehypothetiseerd werd aan de hand van de literatuur (Alvidrez et al., 1996; Ghorashi & van de Vijver, 2010; Miranda et al., 2005; Valentine, 2001), patiënten van de tweede generatie geen gunstiger behandeluitkomst te ervaren. Enerzijds kan het ontbreken van een significante samenhang verklaard worden vanuit de beperkte hoeveelheid hoofdzakelijk Amerikaanse en dus spaarzaam te generaliseren literatuur die op dit vlak verschenen is. Anderzijds valt de juistheid van de operationalisatie van acculturatiestrategie als culturele generatie te betwisten. Zoals al eerder werd aangemerkt, is generatie namelijk geen perfecte vervanging voor of synoniem aan acculturatie. Het is derhalve gewenst toekomstig onderzoek te richten op ofwel het ontwikkelen van een geschikt en klinisch toepasbaar instrument ter meting van acculturatiestrategie ofwel het verduidelijken van de relatie tussen acculturatiestrategie en culturele generatie. Door zijn uitgebreide theoretische onderbouwing en scherpe operationalisering (Berry, 1997, 2005) leent het concept acculturatie(strategie) zich uitermate goed voor concrete metingen. De meeste reeds bestaande instrumenten zijn echter kort en unidimensionaal, met een focus op de uitkomsten van acculturatie in plaats van acculturatiestrategieën of acculturatiecondities, en gericht op een specifieke culturele groep of leeftijdscategorie (Celenk & van de Vijver, 2011). Celenk en van de Vijver (2011) doen enkele waardevolle suggesties met betrekking tot het kiezen of ontwikkelen van acculturatie-instrumenten. Zo moet duidelijk zijn wat de theoretische achtergrond van het instrument is, dienen meerdere levensdomeinen uitgevraagd te worden, moet er naast uitkomsten van acculturatie tevens aandacht zijn voor acculturatiestrategieën en acculturatiecondities, moet het instrument uit voldoende items bestaan en dient het instrument over goede psychometrische kwaliteiten te beschikken (Celenk & van de Vijver, 2011). De Lowlands Acculturation Scale (LAS; Mooren, Knipscheer, Kamperman & Komproe, 2001) lijkt een geschikte kandidaat om aan bovenstaande criteria te toetsen. Dit instrument is specifiek ontwikkeld voor de Nederlandse situatie, komt voort uit een duidelijke theoretische basis en is multidimensioneel opgesteld (Mooren et al., 2001). Toekomstig onderzoek dient de psychometrische kwaliteiten en de klinische toepasbaarheid van de LAS nader te onderzoeken.

Ook kon DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) As-II persoonlijkheidsproblematiek de behandeluitkomst van psychotherapie niet significant

voorspellen, hetgeen potentieel verklaard kan worden vanuit het gegeven dat de groep patiënten met persoonlijkheidsproblematiek betrekkelijk klein was in de huidige steekproef. Een andere mogelijkheid is dat de hypothese gestoeld is op onvolledige of onjuiste theoretische assumpties. Zo laat recent onderzoek zien dat patiënten met (comorbide) persoonlijkheidsstoornissen evenveel baat lijken te hebben bij psychotherapie als patiënten zonder deze As-II problematiek (Muszer & Bailer, 2012; Walter, Bolte, Owens & Chard, 2012). Ander onderzoek toont aan dat heteroscedasticiteit een overtuigende verklaring vormt voor de inconsistente bevindingen op het gebied van comorbide persoonlijkheidsproblematiek en behandeluitkomst (de Bolle et al., 2011). De relatie tussen As-II problematiek en behandeluitkomst lijkt dus gecompliceerd, in dit onderzoek zelfs mogelijk verstoord, en dient in toekomstig onderzoek nader bekeken te worden met betrekking tot niet-westerse etnische minderheden in Nederland.

Tenslotte bleken DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) As-III somatische symptomen (van Beljouw et al., 2010; Kim et al., 2011; Kim et al., 2012) geen significante voorspeller te zijn van psychotherapeutische behandeluitkomst. Het is denkbaar dat dit voortkomt vanuit de qua hoeveelheid en vermogen tot generalisatie naar niet-westerse etnische minderheden in Nederland beperkte literatuur. Tevens vormen somatische symptomen een uitermate heterogene verzameling klachten, zowel wat betreft ernst, duur, verloop, mate van psychosociale oorzakelijkheid en gevolgen voor het dagelijks leven. In de huidige studie is naar deze verscheidenheid niet gedifferentieerd, waardoor mogelijke specifieke relaties niet aangetoond konden worden. Toekomstig onderzoek zou deze diversiteit expliciet kunnen includeren.

De enige uitzondering op bovenstaande niet-significante resultaten was de variabele werk, die klachtvermindering significant voorspelt. Dit is in lijn met een rijke basis van relevante literatuur die uitwijst dat het hebben van een baan een bevorderlijke invloed heeft op de geestelijke gezondheid en de uitkomst van behandeling (Dunn et al. in Liebherz et al., 2012; Khoo, 2010; Knipscheer & Kleber, 2007; Liebherz et al., 2012; Mazza et al., 2004; Bengi-Arslan et al., 2002). Het valt echter te bedenken dat de in deze studie gevonden positieve voorspellende waarde van werk op het klachtenniveau gemedieerd wordt door As-III somatische symptomen, daar deze gepaard kunnen gaan met verminderde arbeidsgeschiktheid. Een post-hoc mediatie-analyse ter nadere inspectie van deze potentiële relatie liet echter zien dat dit niet het geval was. De bevestiging van de hypothese aangaande werk toont daarmee het belang van het hebben van een baan voor een gunstige behandeluitkomst aan. De klinische praktijk doet er bijgevolg goed aan haar blik te verbreden

en naast psychotherapeutische behandeling, eventueel deels gericht op arbeidsrehabilitatie, ook interne werkgelegenheid, reïntegratietrajecten in samenwerking met de maatschappij en werkgevers en mogelijkheden voor vrijwilligerswerk aan patiënten te bieden. Dit wordt in sommige grootschalige GGz-instellingen al toegepast. Ook in de kleinere instellingen zou dit een belangrijk punt van aandacht moeten zijn. Onderzoek in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië laat de effectiviteit van zulke projecten en therapieën zien voor een verscheidenheid aan psychische problematiek (Koons et al., 2006; Lysaker, Bond, Davis, Bryson & Bell, 2005; Lysaker, Davis, Bryson & Bell, 2009; Reagon, 2011). Het *Indianapolis Vocational Intervention Program* (IVIP), bijvoorbeeld, is een bekend arbeidsreïntegratieproject met elementen uit de cognitieve-gedragstherapie om patiënten met schizofrenie(-gerelateerde aandoeningen) te helpen een baan te krijgen en te behouden (Lysaker et al., 2005, 2009). Het IVIP lijkt een zeer gunstige werking te hebben op alle geformuleerde doelen. Devlin, Burnside en Akroyd (2006) tonen met hun overzicht van *services* in Noord-Ierland aan dat er echter nog veel ruimte voor extra hulpverlening en projecten op dit gebied is. Therapeutische arbeidsrehabilitatie is ook in Nederland perfect verenigbaar met de nu nog bestaande WIA en Wajong, de huidige economische recessie en de besparingen in het licht van deze crisis. Daarbij, en dit is nog wel meest belangrijk, heeft het een bevorderlijke werking voor de psychische gezondheid van de psychiatrische patiënt. Het mes snijdt in dit geval dus aan twee kanten.

Een opvallende bevinding betreft het gegeven dat het gebruik van psychofarmaca naast de psychotherapeutische behandeling, tegengesteld aan wat werd gehypothetiseerd op basis van de literatuur (Dunn, Staley & Sexton in Liebherz et al., 2012; Wilberg et al., 1998), een significante voorspeller bleek te zijn van klachtvermindering in plaats van ongunstige behandeluitkomst. Dit onverwachte effect impliceert dat de in het huidige onderzoek aangehaalde theoretische veronderstellingen met betrekking tot psychofarmaca onvolledig dan wel onjuist zijn. Meerdere onderzoeken bij patiënten met stemmings- en angststoornissen lijken inderdaad aan te tonen dat een combinatie van psychofarmaca en psychotherapie het meest effectief is in het verminderen van de klachten (Cuijpers, van Straten, Hollon & Andersson, 2010; Oestergaard & Møldrup, 2011; Sadock & Sadock, 2007). Omdat deze onderzoeken overwegend gebruik maken van westerse *middle-class* steekproeven vanwaar slechts spaarzaam gegeneraliseerd kan worden naar de grote verscheidenheid aan niet-westerse etnische minderheden in Nederland, is het relevant deze variabele in toekomstig onderzoek nader te onderzoeken. Vooralsnog lijkt het empirisch gefundeerd en klinisch

verantwoord om patiënten, voor wie deze indicatie bestaat en die daar zelf de wens toe hebben, bij stemmings- of angstproblematiek tevens psychofarmaca aan te bieden.

Voor het gegeven dat het merendeel van de in dit onderzoek opgestelde hypothesen niet bevestigd werden door de actuele data zijn meerdere verklaringen mogelijk. Zo kan het zijn dat de voorspellers niet significant waren omdat dit een accurate weergave van de werkelijkheid is. Het is echter eveneens mogelijk dat er sprake is van een type II fout, dat wil zeggen het onterecht niet aantonen van significantie. Redenen hiervoor kunnen liggen in een onjuiste of onvolledige theoretische onderbouwing van de hypothesen, in de hierboven reeds benoemde methodologische en statistische gebrekkigheden in het onderzoek of in enkele fundamentele tekortkomingen die nog niet genoemd zijn.

Een eerste fundamentele beperking betreft de in dit onderzoek gebruikte maten voor behandeluitkomst. Hoewel waarschijnlijk correct geredeneerd en voldoende wetenschappelijk onderbouwd dat zorg effectief behoort te zijn in het verminderen van de klachten en het verbeteren van de kwaliteit van leven, bleek psychotherapeutische behandeling weinig verandering teweeg te brengen op de laatstgenoemde maat. Patiënten leken slechts weinig vooruitgang te boeken in hun dagelijkse bezigheden, hun sociale leven, hun gezinsleven en hun geluksgevoel. De Sheehan Disability Scale (Leon et al., 1997), die in dit onderzoek ter operationalisatie van de kwaliteit van leven diende, biedt in dit onderzoek echter, hoewel niet geïndexeerd in de COTAN, een goede interne consistentie volgens de criteria van Nunnally en Bernstein (in Goodwin, 2008). Nadere kritische data-inspectie toont een grote verscheidenheid in verandering in kwaliteit van leven na de psychotherapie tussen verschillende patiënten, met zowel grote voor- als achteruitgang, en bevestigt daarmee de grote variabiliteit die tevens via statistische weg gevonden werd bij deze voorspeller. De bevindingen duiden hiermee dat kwaliteit van leven bij niet-westerse etnische minderheden in Nederland, of tenminste bij deze steekproef van bij I-Psy behandelde patiënten, een zeer heterogeen concept is waar door de clinicus extra aandacht aan dient te worden gegeven en waarvoor aanvullende (behandel)methoden geïndiceerd zijn, teneinde de patiënt op een bevredigend niveau te kunnen laten functioneren op verschillende levensgebieden. Om in toekomstig onderzoek, met kwaliteit van leven als uitkomstmaat, specifieke voorspellers te kunnen identificeren, is het aan te raden te kijken naar verschillende patiëntprofielen. Het is tevens aan te bevelen naast de huidige dimensies van werk/vrije tijd, sociaal en gezin meer (cultuursensitieve) dimensies zoals wonen, religie/spiritualiteit en acculturatie toe te voegen aan de meting, daar deze terreinen van functioneren voor de multiculturele populatie zeer relevant zijn en mogelijk in sterkere mate worden beïnvloed door de behandeling dan

dimensies voor de algemene kwaliteit van leven. Tenslotte is, hoewel er enkele onderzoeken zijn gedaan naar de factorstructuur, interne consistentie en constructvaliditeit van de SDS (Arbuckle et al., 2009; Luciano et al., 2010), de crossculturele validiteit van de SDS nooit onderzocht. Zowel voor toekomstig onderzoek als voor de klinische praktijk is het vaststellen van de crossculturele validiteit echter van groot belang. Zonder deze gegevens blijft het onduidelijk of de SDS ook bij niet-westerse culturele groepen wel meet wat hij pretendeert te meten (Goodwin, 2008).

Een tweede tekortkoming is de kleine steekproefomvang ($N = 59$) in dit onderzoek. Hoewel Hair, Anderson, Tatham en Black (in Bartlett, Kotrlik & Higgins, 2001) bepleiten dat de ratio van *cases* bij voorspellers in multiële regressieanalyse niet kleiner dan vijf mag zijn, houden Miller en Kuncce (Bartlett et al., 2001) en Halinski en Feldt (in Bartlett et al., 2001) een meer conservatieve ratio van tien *cases* voor elke voorspeller aan. Dit zou betekenen dat in dit onderzoek met negen voorspellers 45 tot 90 patiënten hadden moeten participeren. Volgens een derde maat zou de steekproef tenminste 119 patiënten moeten hebben bevat, daar er in Nederland jaarlijks naar schatting ongeveer 75.000 niet-westerse etnische minderheden hulp zoeken voor psychische problemen (Bartlett et al., 2001; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012). Het huidige onderzoek was niet in staat een steekproef van deze omvang te verkrijgen, wat zowel generalisaties van het model naar de betreffende populatie problematisch maakt (Tanaka, 1987) als dat het de niet-significante bevindingen in dit onderzoek in de hand kan hebben gewerkt door een te kleine *power* om de nulhypothese te verwerpen (MacCallum, Browne & Sugawara, 1996). Zodoende is het van groot belang dat toekomstig onderzoek zich toelegt op het verwerven van omvangrijkere steekproeven, opdat generalisatie en *power* geen problematische vormen aannemen.

Een derde fundamentele beperking van dit onderzoek gaat de schending van enkele basisassumpties van multiële regressieanalyse aan, waardoor generalisatie van de resultaten vanuit de steekproef naar de populatie onmogelijk of op zijn minst onverantwoordelijk is (Field, 2009). Een verontrustende bevinding is bijvoorbeeld de heteroscedasticiteit in de analyse waar klachten als uitkomstmaat werden meegenomen (Field, 2009). Heteroscedasticiteit kenmerkt zich door bijzonder ongelijke varianties voor de verschillende niveaus van de voorspellers en vormt daarmee een indicatie voor het afhankelijk zijn van de variantie in de voorspellers van de uitkomstvariabele (Field, 2009). Dit kan tot gevolg hebben dat de correlatiecoëfficiënt kleiner uitvalt dan deze daadwerkelijk is, in het geval wel aan de voorwaarde voor homoscedasticiteit wordt voldaan, wat een onderschatting van de significantie betekent (Field, 2009). Een andere zorgwekkende schending betreft de non-

lineariteit die werd gevonden in de analyse met kwaliteit van leven als uitkomstmaat. Dit betekent dat de relatie tussen de voorspeller en de uitkomst, tegengesteld aan dat waar in multiële regressie vanuit wordt gegaan, niet lineair is (Field, 2009). Logistische regressieanalyse is derhalve mogelijk een meer geschikte analyse voor deze data (Field, 2009) en deze optie dient in toekomstig onderzoek van tevoren uitvoeriger te worden verkend. In het huidige onderzoek is deze techniek vanwege zijn geavanceerdheid echter niet toegepast.

Het huidige onderzoek bezit echter ook enkele eigenschappen die als sterke punten overwogen dienen te worden. Zo is er gepoogd om op basis van uitgebreid literatuuronderzoek een veelomvattend overzicht te bieden van voorspellers van behandeluitkomst bij een cultureel heterogene en voorheen slechts spaarzaam onderzochte populatie. Daarbij zijn de maten voor behandeluitkomst gebaseerd op klinisch valide en betrouwbare instrumenten met een volgens de criteria van Nunnally en Bernstein (in Goodwin, 2008) ook in deze steekproef goede interne consistentie. Tenslotte vond het onderzoek plaats in een klinische *setting*, gespecialiseerd in de behandeling van niet-westerse etnische minderheden, waardoor de ecologische validiteit hoog te noemen is (Goodwin, 2008).

Naast bovengenoemde suggesties voor toekomstig onderzoek, die zich hoofdzakelijk richten op het voorkomen van de in dit onderzoek betrokken tekortkomingen, kunnen nog enkele andere voorstellen worden gedaan. Allereerst kan toekomstig onderzoek gebruikmaken van prospectieve en/of experimentele methoden, opdat gegronde uitspraken over causaliteit kunnen worden gedaan.

Daarnaast kan toekomstig onderzoek zich richten op het concept cultureel aangepaste therapie, aangezien het onderzoek naar dit relevante begrip nog in de kinderschoenen staat en vanwege gebrekkige operationalisering en het ontbreken van een instrument in het huidige onderzoek niet kon worden meegenomen. Cultureel aangepaste therapie betreft ‘de systematische aanpassing van een *evidence-based* behandeling of behandelprotocol om taal, cultuur en context te overwegen op zo een manier dat het verenigbaar is met de culturele patronen, betekenissen en waarden van de patiënt’ (Bernal, Jimenez-Chafey & Domenech Rodriguez, 2009, p. 362) en lijkt een betere behandeluitkomst te genereren (Benish, Quitana & Wampold, 2011; Bernal et al., 2009; Griner & Smith, 2006; Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow & Otto, 2012; Miranda et al., 2005; Morales & Norcross, 2010; Smith, Rodríguez & Bernal, 2011). Het cultureel aanpassen van psychotherapie kan op verscheidene manieren. De meest gangbare methoden die vanuit de literatuur worden aanbevolen (Griner & Smith, 2006) zijn het opnemen van de culturele waarden van de patiënt in de therapie (Griner & Smith,

2006; Oliver, 1989), het zorgsysteem toegankelijk maken en gericht op de specifieke omstandigheden van de patiënt (Flaskerud, 1986; Zane et al., 1994), het samenwerken van zorgverleners met beschikbare ondersteunende bronnen in de gemeenschap, de spirituele en religieuze tradities en de familie van de patiënt (Armengol, 1999; Jackson-Gilfort, Liddle, Tejada & Dakof, 2001; Griner & Smith, 2006) en/of het koppelen van patiënt en therapeut op basis van etniciteit of taal (Coleman, Wampold & Casali, 1995; Griner & Smith, 2006). Deze elementen dienen op een systematische wijze geïntegreerd te worden in een geschikt en klinisch toepasbaar instrument. Hierbij dient er vooral aandacht te zijn voor het operationaliseren van de vormgeving van de therapie op het gebied van de hierboven genoemde toegankelijkheid, toespitsing en samenwerking, daar deze elementen nog niet door andere instrumenten omvat worden.

Tevens is het interessant de focus te verbreden van behandeluitkomst direct na afsluiting van de psychotherapie naar de behandeluitkomst op de lange termijn, zodat kan worden gekeken of eventuele verbeteringen standhouden of zelfs verder doorzetten. Tenslotte kan toekomstig onderzoek meerdere of andere maten gebruiken om de behandeluitkomst vast te stellen. Een wellicht nuttige uitkomstmaat voor klachten is de uitgebreidere en psychometrisch zeer goede Symptom Checklist-90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003). Voor kwaliteit van leven kan de Wereldgezondheidsorganisatie Kwaliteit van Leven Vragenlijst-100 (WHOQOL-100; Kuyken, 1995) gebruikt worden, daar er in deze lijst meer aandacht is voor de omgeving en spiritualiteit. Een andere mogelijke uitkomstmaat betreft de tevredenheid met de therapie en/of therapeut. Deze maten lijken gerelateerd te zijn aan therapietrouw en behandel-effectiviteit (Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005; Henskens, Garretsen, Bongers, van Dijk & Strumans, 2008; Lippens & Mackenzie, 2011; Sharf et al., 2010; Zhang, Gerstein & Friedmann, 2008).

Concluderend vond het huidige onderzoek naar de voorspellers van behandeluitkomst bij niet-westerse etnische minderheden in een ambulante GGz-instelling in Nederland dat zowel het hebben van een baan als het combineren van psychotherapie met psychofarmaca positieve voorspellers zijn van klachtvermindering bij psychotherapeutische behandeling. Het toepassen van *ethnic matching* en de aanwezigheid van comorbide As-I problematiek waren, overeenkomstig met een aanzienlijk empirisch fundament, niet van voorspellende waarde voor de behandeluitkomst. Een op wetenschap gebaseerde praktijk dient op deze kennis in te spelen en haar mee te nemen in de vormgeving van de therapie. Hoewel eerder onderzoek uitwees dat therapie in de (voorkeurs)taal van de patiënt, interculturele competentie van de therapeut en culturele generatie, As-II persoonlijkheidsproblematiek en As-III somatische

symptomen van de patiënt significante voorspellers van behandeluitkomst bleken, was de huidige studie niet in staat deze variabelen als voorspellers aan te tonen. Nader wetenschappelijk onderzoek naar voorspellende factoren voor de uitkomst van psychotherapeutische behandeling bij deze gestaag groeiende en kwetsbare populatie is noodzakelijk om zo tot een optimale werkzaamheid van en een grondiger inzicht in psychotherapie bij niet-westerse etnische minderheden in Nederland te kunnen komen en daarbij te kunnen waarborgen dat wij als multiculturele samenleving zorg dragen voor elkaar en een ieder die kwaliteit van gezondheidszorg kunnen bieden die zij vanuit ethisch en praktisch opzicht, ook in tijden van economische recessie, rechtmatig dienen te ontvangen.

Dankwoord

Ik bedank hierbij Dr. J.W. Knipscheer voor het begeleiden, reëel maken, ondersteunen, verbeteren en beoordelen van deze thesis.

Ik bedank hierbij Dr. S. Ghane voor het inspireren, realiseren en beoordelen van deze thesis.

Ik bedank hierbij Prof. Dr. R.J. Kleber voor het beoordelen van deze thesis.

Ik bedank hierbij bedrijfsleider van I-Psy Utrecht Barbara van Iersel voor haar beschikbaarheid, enthousiasme, flexibiliteit en gastvrijheid.

Ik bedank hierbij alle medewerkers van I-Psy Utrecht voor het gezellige contact en de medewerking aan deze thesis.

Literatuur

- Aisenberg, E. (2008). Evidence-based practice in mental health care to ethnic minority communities: Has its practice fallen short of its evidence? *Social Work, 53*, 297-306.
- Allen, L.B., White, K.S., Barlow, D.H., Shear, M.K., Gorman, J.M., & Woods, S.W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*, 185-192.
- Alvidrez, J., Azocar, F., & Miranda, J. (1996). Demystifying the concept of ethnicity for psychotherapy researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 903-908.
- American Psychiatric Association (2004). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt.
- Arbuckle, R., Frye, M.A., Brecher, M., Paulsson, B., Rajagopalan, K., Palmer, S., & Degl'Innocenti, A. (2009). The psychometric validation of the Sheehan Disability Scale (SDS) in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research, 165*, 163-174.
- Armengol, C.G. (1999). A multimodal support group with Hispanic traumatic brain injury survivors. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 14*, 233-246.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Symptom Checklist SCL-90*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bartlett, J.E., Kotrlik, J.W., & Higgins, C.C. (2001). Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research. *Informational Technology, Learning, and Performance Journal, 19*, 43-50.
- Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M.W., Feuerstein, C., Bass, E.B., Powe, N.R., & Cooper, L.A. (2005).

- Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43, 356-373.
- Beljouw, I.M.J. van, Verhaak, P.F.M., Cuijpers, P., Marwijk, H.W.J. van, & Penninx, B.W.J.H. (2010). The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one year outcome: A one-year cohort study. *BMC Psychiatry*, 10, art. no. 86, 1-10.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C., & Crijnen, A.A.M. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 118-124.
- Benish, S., Quitana, S., & Wampold, B. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 279-289.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M.I., & Domenech Rodríguez, M.M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 361-368.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-68.
- Berry, J.W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Blom, M.B.J., Hoek, H.W., Spinhoven, P., Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J., & Dyck, R. van (2010). Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 47, 473-490.
- Bolle, M. de, Fruyt, F. de, Quilty, L.C., Rolland, J.P., Decuyper, M., & Bagby, R.M. (2011). Does personality disorder co-morbidity impact treatment outcome for patients with major depression?: A multi-level analysis. *Journal of Personality Disorders*, 25, 1-15.
- Borra, R. (2010). Cognitieve gedragstherapie. In J.T.V.M. de Jong, & S. Colijn (red.),

- Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 501-515). Utrecht: De Tijdstroom.
- Bot, H., & Verrept, H. (2010). Taalbijstand en culturele bemiddeling. In J.T.V.M. de Jong, & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 321-334). Utrecht: De Tijdstroom.
- Bughra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 243-258.
- Cabral, R.C., & Smith, T.B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, *58*, 537-554.
- Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C., & Haro-Abad, J.M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: Appendix I). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *1*, art. no. 13, 1-16.
- Celenk, O., & Vijver, F. van de (2011). Assessment of acculturation: Issues and overview of measures. *Online Readings in Psychology and Culture*, *8*, art. no. 10, 1-22.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). *Kerncijfers allochtonen 2010-2060*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012). *Bevolking: Kerncijfers*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012). *Bevolking per maand: Leeftijd, geslacht, herkomst, generatie*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012). *Personen naar door de huisarts geregistreerde diagnose: Herkomst*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Chang, D.F., & Berk, A. (2009). Making cross-racial therapy work: A phenomenological

- study of clients' experiences of cross-racial therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 521-536.
- Clarkin, J. F., & Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 194-226). New York: John Wiley & Sons.
- Coleman, H.L.K., Wampold, B.E., & Casali, S.L. (1995). Ethnic minorities' rating of ethnically similar and European American counselors: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 55-64.
- Colijn, S., & Sevinç, F. (2010). Interactie. In J.T.V.M. de Jong, & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 91-104). Utrecht: De Tijdstroom.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Hollon, S.D. & Andersson, G. (2010). The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 415-423.
- Dearing, R.L., Barrick, C., Dermen, K.H., & Walitzer, K.S. (2005). Indicators of client engagement: Influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 71-78.
- Devlin, C., Burnside, L., & Akroyd, L. (2006). Mental health vocational rehabilitation: An overview of occupational therapy service provision in Northern Ireland. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 334-358.
- Dijk, R. van (2010). De culturele kleur van de GGZ in Nederland. In J.T.V.M. de Jong, & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 229-245). Utrecht: De Tijdstroom.
- Fassaert, T., Peen, J., Straten, A. van, Wit, M. de, Schrier, A., Heijnen, H., Cuijpers, P., Verhoeff, A., Beekman, A., & Dekker, J. (2010). Ethnic differences and similarities in outpatient treatment for depression in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 61, 690-697.

- Flaskerud, J.H. (1986). The effects of culture-compatible intervention on the utilization of mental health services by minority clients. *Community Mental Health Journal*, 22, 127-141.
- Flaskerud, J.H. (1990). Matching client and therapist ethnicity, language, and gender: A review of research. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 321-336.
- Flaskerud, J.H. (2007). Cultural competence, what is it? *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 121-123.
- Ghane, S. (2011). *Illness attributions among ethnic minorities: Assessment and clinical relevance*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- González, H.M., Vega, W.A., Williams, D.R., Wassim Tarraf, W., West, B.T., & Neighbors, H.W. (2010). Depression care in the United States: Too little for too few. *Archives of General Psychiatry*, 67, 37-46.
- Ghorashi, H., & Vijver, F. van de (2010). Persoonlijke ontwikkeling en etnische identiteit. In J.T.V.M. de Jong, & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 57-73). Utrecht: De Tijdstroom.
- Goodwin, C.J. (2008). *Research in psychology: Methods and design*. Hoboken (NJ, USA): John Wiley & Sons.
- Griner, D., & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Research, Practice, Training*, 43, 531-548.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I., Van Dijk, A., & Sturmans, F. (2008). Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: Compliance, outcome, and client satisfaction. *Substance Use and Misuse*, 43, 1464-1475.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie* (6e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Hinton, D.E., Rivera, E.I., Hofmann, S.G., Barlow, D.H. & Otto, M.W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry*, 49, 340-365.
- Hwang, W.C., Myers, H.F., Abe-Kim, J., & Ting, J.Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, 28, 212-228.
- Jackson-Gilfort, A., Liddle, H.A., Tejeda, M.J., & Dakof, G.A. (2001). Facilitating engagement of African American male adolescents in family therapy: A cultural theme process study. *Journal of Black Psychology*, 27, 321-340.
- Jones, S.H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale: Reliability and validity of the global assessment of functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.
- Jong, J.T.V.M. de, & Colijn, S. (2010) (red.). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Kamperman, A., & Wit, M. de (2010). Psychische problematiek. In J.T.V.M. de Jong, & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 165-178). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kataoka, S., Novins, D.K., & DeCarlo Santiago, C. (2010). The practice of evidence-based treatments in ethnic minority youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 775-789.
- Kennedy, C.C., Madra, P., & Reddon, J.R. (1999). Assessing treatment outcome in psychogeriatric inpatients. *Clinical Gerontologist*, 20, 3-11.
- Kent, P.M., Busby, K., Johnston, M., Wood, J., & Docherty, C. (2000). Predictors of outcome in a short-term psychiatric day hospital program. *General Hospital Psychiatry*, 22, 184-194.

- Khoo, S.E. (2010). Health and humanitarian migrants' economic participation. *Journal of Immigrant and Minority Health, 12*, 327–339.
- Kim, J.M., Stewart, R., Bae, K.Y., Yang, S.J., Yoon, J.S., Jung, S.W., Lee, M.S., Yim, H.W., & Jun, T.Y. (2011). Physical comorbidity and 12-week treatment outcomes in Korean patients with depressive disorders: The CRESCEND study. *Journal of Psychosomatic Research, 71*, 311-318
- Kim, J.E., Zane, N.W., & Blozis, S.A. (2012). Client predictors of short-term psychotherapy outcomes among Asian and white American outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 1287-1302.
- Kleinman, A. (2005). *Culture and psychiatric diagnosis and treatment: What are the necessary therapeutic skills? Trimbos lezing*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004). *Een interculturele entree in Altrecht: Inhoud en resultaat van een interculturele werkwijze bij kortdurende behandeling*. Utrecht: Altrecht.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004a). A need for ethnic similarity in the therapist patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 543-554.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004b). The importance of ethnic similarity in the therapist patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*, 273-278.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2007). Acculturation and mental health among Ghanaians in the Netherlands. *International Journal of Social Psychiatry, 53*, 369–383.
- Koons, C.R., Chapman, A.L., Betts, B.B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C.J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 146-156.

- Kuyken, W. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the WHO. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Lange, A., & Appelo, M. (2007). *Korte klachtenlijst. Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Leon, A.C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D.V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 93-105.
- Leone, L., Zee, K. van der, Oudenhoven, J.P. van, Perugini, M., & Ercolani, A.P. (2005). The cross-cultural generalizability and validity of the Multicultural Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38, 1449-1462.
- Liebherz, S., Reimer, J., Harfst, T., & Ader, V. (2012). Effectiveness and predictors of outcome in a psychiatric university day clinic. *German Journal of Psychiatry*, 15, 1-9.
- Lippens, T., & Mackenzie, C.S. (2011). Treatment satisfaction, perceived treatment effectiveness, and dropout among older users of mental health services. *Journal of Clinical Psychology* 67, 1197-1209.
- Luciano, J.V., Bertsch, J., Salvador-Carulla, L., Tomas, J.M., Fernandez, A., Pinto-Meza, A., Haro, J.M., Palao, D.J., & Serrano-Blanco, A. (2010). Factor structure, internal consistency and construct validity of the Sheehan Disability Scale in a Spanish primary care sample. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 895-901.
- Lysaker, P.H., Bond, G., Davis, L.W., Bryson, G.J., & Bell, M.D. (2005). Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42, 673-681.
- Lysaker, P.H., Davis, L.W., Bryson, G.J., & Bell, M.D. (2009). Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with

schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 107, 186-191.

MacCallum, R.C., Browne, M.W., & Sugawara, H.M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149.

Maramba, G.G., & Hall, G.C.N. (2002). Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 290–297.

May, R. (2002). Interculturalisatie van de gezondheidszorg. In A. Limburg-Okken, R. May, & E. van Meekeren (red.), *Culturen binnen psychiatrie muren: Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp. 12-18). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Mazza, M., Barbarino, E., Capitani, S., Sarchiapone, M., & De Risio, S. (2004). Day hospital treatment for mood disorders. *Psychiatric Services*, 55, 436-438.

Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., Kohn, L., Hwang, W.C., & LaFromboise, T. (2005). State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 113-142.

Mooren, T.T.M., Knipscheer, J.W., Kamperman, A.N., Kleber, R.J. & Komproe, I.H. (2001). In T.T.M. Mooren. *The impact of war: Studies on the psychological consequences of war and migration* (pp. 49-68). Delft: Eburon

Morales, E., & Norcross, J.C. (2010). Evidence-based practices with ethnic minorities: Strange bedfellows no more. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66, 821-829.

Muszer, K., & Bailer, J. (2012). Effect of personality disorders on course and treatment outcome of behaviour therapy in an outpatient sample. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61, 303-310.

- Oestergaard, S., & Møldrup, C. (2011). Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 131*, 24-36.
- Oosterbeek, M. (2011). *Differences between dropout rates and possible predictors for dropout in Turkish, Moroccan and Iranian minority groups in an outpatient treatment setting in the Netherlands* (Master thesis). Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M., & Tolin, D.F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 30*, 642-654.
- Ollendick, T.H., Jarrett, M.A., Grills-Taquechel, A.E., Hovey, L.D., & Wolff, J.C. (2008) Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review, 28*, 1447-1471.
- Oliver, W. (1989). Black males and social problems: Prevention through Afrocentric socialization. *Journal of Black Studies, 20*, 15-39.
- Organista, K.C., Muñoz, R.F., & González, G. (1994). Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority medical outpatients: Description of a program and exploratory analyses. *Cognitive Therapy and Research, 18*, 241-259.
- Özbek, E. (2011). Etnische matching tussen cliënt en hulpverlener is niet noodzakelijk. *GZ Psychologie, 7*, 6-9.
- Piper, W.E., Joyce, A.S., Azim, H.F.A., & Rosie, J.S. (1994). Patient characteristics and success in day treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 381-386.
- Reisch, T., Thommen, M., Tschacher, W., & Hirsbrunner, H.P. (2001). Outcomes of a cognitive-behavioral day treatment program for a heterogeneous patient group. *Psychiatric Services, 52*, 970-972.

- Reagon, C. (2011). The changing role of occupational therapy in vocational rehabilitation: Reflections on an evaluation of condition management programmes. *British Journal of Occupational Therapy*, 74, 309-311.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schafer, I., Fischer, M., Reimer, J., Karow, A., & Haasen, C. (2011). Significance of psychiatric comorbidity for the outcome of maintenance treatment: A review of the literature. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 4, 62-71.
- Scheppers, E., Dongen, E. van, Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Family practice*, 23, 325-348.
- Sharf, J., Primavera, L.H., & Diener, M.J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 47, 637-645.
- Shin, S.M., Levy, R.J., Chow, C., Camacho-Gonsalvez, T., Allen, I.E., & Leff, H.S. (2005). A meta-analytic review of racial-ethnic matching for African American and Caucasian American clients and clinicians. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 45-56.
- Smith, T.B., Rodríguez, M.D., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology* 76, 166-175.
- Stronks, K., Kulu-Glasgow, I., & Agyemang, C. (2009). The utility of 'country of birth' for the classification of ethnic groups in health research: The Dutch experience. *Ethnicity and Health*, 14, 255-269.
- Struijs, A. & Wennink H.J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: Trimbos-instituut en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Sue, D.W., Arredondo, P., & McDavis, R. (1992). Multicultural counseling competencies and standards. A call to profession. *Journal of Counseling and Development*, 70, 477-

486.

- Sue, S., Zane, N., Hall, G.C.N., & Berger, L.K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, *60*, 525-548.
- Tanaka, J.S. (1987). "How big is big enough?": Sample size and goodness of fit in structural equation models with latent variables. *Child Development*, *58*, 134-146.
- Trimble, J.E., & Fischer, C. (2006). *Handbook of ethical research with ethnocultural populations and communities*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Valentine, S. (2001). Self-esteem, cultural identity, and generation status as determinants of Hispanic acculturation. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *23*, 459-468.
- Walter, K.H., Bolte, T.A., Owens, G.P., & Chard, K.M. (2012). The impact of personality disorders on treatment outcome for veterans in a posttraumatic stress disorder residential treatment program. *Cognitive Therapy and Research*, *36*, 576-584.
- Whaley, A.L., & Davis, K.E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services. *American Psychologist*, *62*, 563-574.
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, O., Pedersen, G., & Friis, S. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatric Services*, *49*, 1462-1467.
- Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Irion, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (1999). One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, *50*, 1326-1330.
- Zane, N., Enomoto, K., & Chun, C. (1994). Treatment outcomes of Asian- and white American clients in outpatient therapy. *Journal of Community Psychology*, *22*, 177-191.
- Zee, K.I. van der, & Oudenhoven, J.P. van (2000). The multicultural personality

questionnaire: A multidimensional instrument of multicultural effectiveness. *European Journal of Personality*, 14, 291–309.

Zee, K.I. van der, & Oudenhoven, J.P. van (2001). The multicultural personality questionnaire: Reliability and validity of self- and other ratings of multicultural effectiveness. *Journal of Research in Personality*, 35, 278–288.

Zeeck, A., Hartmann, A., & Kuhn, K. (2005). Psychotherapy in a day clinic: Results of a 1.5 year follow-up. *Psychiatric Quarterly*, 76, 1-17.

Zhang, Z., Gerstein, D.R., & Friedmann, P.D. (2008). Patient satisfaction and sustained outcomes of drug abuse treatment. *Journal of Health Psychology*, 13, 388-400.