

Voorspellers van behandelresultaat

De samenhang tussen diagnostiek, indicatie, problemen en behandelresultaat

R.M. Mosterman, E.H.M. Eurelings-Bontekoe en W.K.B. Hofstee



[S a m e n v a t t i n g]

Uit een onderzoek van 369 cliëntendossiers naar mogelijke voorspellers van behandelindicatie, problemen tijdens de behandeling en behandelresultaat blijkt dat het behandelresultaat niet alleen afhankelijk is van de gekozen behandelmethode, maar ook van de therapeutische relatie en van problemen die zich in de behandeling kunnen voordoen. De mate van verbetering in behandeling blijkt grotendeels afhankelijk te zijn van het simpele feit dat de cliënt de behandeling afrondt. Met name een gebrek aan continuïteit in de behandeling en negatieve therapeutgevoelens zijn voorspellers van het voortijdige afbreken van behandelingen, terwijl het niet maken van vervolgspraken een beperkter behandelresultaat voorspelt. De vaardigheid van de therapeut om problemen en tegenoverdrachtsgevoelens te hanteren is vooral belangrijk bij cliënten met ernstigere vormen van psychopathologie. Het gebruik van de vragenlijsten SCL-90, UCL en (de profielinterpretatie van de) NVM blijkt vooral diagnostische waarde te hebben in het voorspellen van problemen tijdens het behandelproces.

Inleiding

In de praktijk van alledag nemen hulpverleners voortdurend kleine en grote beslissingen, variërend van het stellen van een diagnose, het kiezen van de meest geëigende behandeling, het reageren op een uitspraak of gedrag van een cliënt, tot het vastleggen van het proces in gespreksaantekeningen, indicatie- of evaluatieverslagen. Deze keuzes worden meer of minder expliciet gestuurd door kennis en ervaring, door gangbare procedures of door afspraken in een team. Het is goed om het risico van een routinematig en al te impliciet handelen te verminderen door van tijd tot tijd stil te staan en terug te blikken op de gemaakte keuzes.

Het hier beschreven onderzoek kan omschreven worden als een 'efficiencyonderzoek' (Nathan, 2004) in een naturalistische setting: het exploreert in retrospectief op basis van archief-

materiaal de bevindingen uit het dagelijkse werk binnen een psychologenpraktijk. Eerst wordt een schets gegeven van de gangbare praktijk binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg, vervolgens wordt een diagnostische methode beschreven, en daarna wordt ingegaan op literatuur over de werkzame bestanddelen in therapie en het probleem van het voortijdig afbreken van de behandeling. Hierna worden de opzet van en de resultaten uit het archiefonderzoek weergegeven en bediscussieerd.

De dagelijkse praktijk

In de meeste ggz-instellingen in Nederland bestaat de *intake* uit een aanmeldingsgesprek met een nieuwe cliënt, waarin de klachten, de hulpvraag en een korte anamnese worden geïnventariseerd. Dit mondt uit in een verslag, met een

voorlopige DSM IV-classificatie en een behandeladvies, dat in een indicatieteam wordt besproken. Op basis hiervan vindt de toewijzing aan een zorgprogramma, zoals angst- en stemmingsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen, en een behandelaar plaats. Inmiddels wordt in de tweede lijn gewerkt met diagnose-behandelcombinaties (dbc's), waarin financiering van zorg geschiedt op basis van een DSM IV-classificatie, in combinatie met de 'evidencebased' richtlijnen die voor tal van stoornissen ontwikkeld zijn en worden. Vooralsnog houdt dit in dat voor As I-stoornissen maximaal 25 therapie sessies worden vergoed en voor As II-problematiek in principe 50, met een mogelijkheid tot uitloop indien dit voldoende onderbouwd kan worden. Voor begeleidingscontacten is geen limiet gesteld. In de eerste lijn worden per 1 januari 2008 acht behandel sessies vanuit de basisverzekering vergoed. Diagnostisch onderzoek wordt hierin niet afzonderlijk gedefinieerd. Indien de acht sessies ontoereikend zijn, wordt, vanuit de gedachte van *stepped care*, een doorverwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd geacht. Door deze ontwikkelingen dreigt het diagnostische proces, vanuit welke theoretische invalshoek dan ook, gereduceerd te worden tot een eerste, beschrijvende diagnose, waarvoor een aanmeldingsgesprek en een 'klinische blik' volstaan, waarmee vervolgens een indicatie voor de behandeling wordt gesteld. Aangezien echter de betrouwbaarheid van deze klinische blik niet onomstreden is en uitsluitend beschrijvende diagnostiek vaak onvoldoende recht doet aan de dynamiek van de problematiek, wordt geregeld de meerwaarde benadrukt die vragenlijsten en diagnostische vragenlijsten kunnen hebben bij diagnostiek en indicatiestelling. In de meeste instellingen in de geestelijke gezondheidszorg is het echter niet gebruikelijk om standaardvragenlijsten voor te leggen aan nieuwe cliënten. Daarbij kan de vraag worden gesteld of de extra informatie die met behulp van vragenlijsten vergaard wordt, een toegevoegde waarde heeft bij het indiceren van een behandeling en het verkrijgen van een positief behandelresultaat. Met andere woorden: kan het gebruik van vragenlijsten het diagnostische beslisproces verbe-

teren en de efficiëntie ervan ten behoeve van de behandeling bevorderen?

De dynamisch-theoriegestuurde profielinterpretatie

Een in Nederland veelgebruikte methode om tot uitspraken te komen en hypothesen te genereren over de pathologie en de behandel mogelijkheden van cliënten is het combineren van kennis over de persoonlijkheidsstructuur, de copingvaardigheden en de manifeste psychopathologie. Met deze kennis kan in principe een uitspraak over behandel mogelijkheden en -risico's worden gedaan.

De dynamisch-theoriegestuurde profielinterpretatie (DTP), ontwikkeld en beschreven door Eurelings-Bontekoe en Snellen (2003; 2004; zie ook Eurelings-Bontekoe, Onnink, Williams & Snellen, 2007), pretendeert hieraan een bijdrage te kunnen leveren door de diagnostiek in een breder kader te plaatsen en het beschrijvende blikveld (DSM IV-classificatie) te verruimen.

Ten behoeve van diagnostiek en indicatiestelling met name met betrekking tot het dynamisch-structurele domein benadrukken Eurelings en Snellen het nut van een korte, multidimensionale screening waarin de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) centraal staat. De schaalcores van de NVM worden hierbij gecombineerd tot profielen, gebaseerd op het structurele persoonlijkheidsmodel van Kernberg (1984), die de persoonlijkheidsorganisatie onderverdeelt in een neurotische, een borderline en een psychotische organisatie. De diagnostiek wordt hierbij in een breder kader geplaatst en levert een werkhypothese over de structuur en dynamiek van de persoonlijkheid, waarmee de beschrijvende invalshoek van de DSM IV verruimd kan worden. Hiermee kan een inschatting gedaan worden over de behandel mogelijkheden en -risico's en de duur van de behandeling.

De DTP-methode is in 2005 onderwerp van debat geweest (zie onder andere Derksen, Vending, Egger, De Mey & Saschowa, 2004; Jaspers, 2005; Smid & Kamphuis, 2005; Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2005a, b, c; Snellen & Eurelings-Bontekoe, 2005). Inmiddels is de methode

internationaal gepresenteerd (Eurelings-Bontekoe e.a., 2007). Uit valideringsonderzoek blijkt dat de DTP-methode inderdaad op structureel niveau meet (Eurelings-Bontekoe e.a., 2007; Eurelings-Bontekoe, Luyten & Snellen, under review). Ook blijkt met de methode drop-out uit een korte klachtgerichte groepsgedragstherapie voor As I-stoornissen te voorspellen (Van Dam e.a., submitted). Ten slotte blijkt de aanwezigheid van het low level borderline profiel gepaard te gaan met meer trekken van alle B-clusterpersoonlijkheidsstoornissen (Eurelings-Bontekoe, submitted).

De DTP-methode wordt door diagnostici in de klinische praktijk in Nederland veelvuldig toegepast. De grote populariteit onder klinici komt voort uit de concrete aanknopingspunten die de methode biedt voor indicatiestelling en behandeling. Degenen die de methode al langere tijd toepassen, brengen keer op keer de klinische evidentie naar voren.

Dit onderzoek richt zich onder andere op de voorspellende waarde van de op theoretische gronden a priori vastgestelde NVM-profielen, die binnen de DTP-methode centraal staan. De DTP kent in de betekenisverlening aan de NVM drie stappen:

- het op basis van theorie verbreden van de oorspronkelijke schaalbetekenissen;
- het op basis van theorie a priori combineren van de schalen tot bepaalde profielen;
- het op basis van theorie interpreteren van de profielen om te komen tot een hypothese over de rijpheid van de persoonlijkheidsstructuur.

Met de toekenning van ruimere betekenissen aan de NVM-schalen dan in de oorspronkelijke handleiding (Luteijn & Kok, 1985) aangegeven is, wordt de constructie van de NVM geen geweld aangedaan. De handleiding van de NVM is erg terughoudend in het geven van een betekenis aan de vijf onafhankelijke dimensies van de vragenlijst en volstaat met het benoemen van de strekking van de items. Verdergaande interpretatie kan zinvol blijken als dit de diagnostiek ondersteunt en aanwijzingen kan geven voor indicatie en behandeling. Inmiddels is onderzoek naar de verruimde betekenissen op gang gekomen, waarvan de resultaten positief

zijn. Zo blijkt de subschaal Somatisering een belangrijke rol te vervullen als affectregulator en een marker te zijn voor sociale (in)competentie (Eurelings-Bontekoe & Koelen, 2007; Kok & Eurelings-Bontekoe, 2007). De schaal Extra-versie blijkt geassocieerd met 'acting-out' (Eurelings-Bontekoe & Koelen, 2007) en lage scores op Verlegenheid zijn geassocieerd met schema's rondom impulsiviteit (IJsennagger, 2007).

Het behandelresultaat als uiteindelijk criterium

Het uiteindelijke doel van alle stappen in een therapieproces, te weten diagnostiek, indicatiestelling en behandeling, is dat de cliënt er beter van wordt. Het gaat dus om het optimaliseren van het behandelresultaat met behulp van therapeutische technieken, die volgens Lambert (1992) op grond van een uitgebreide literatuuranalyse voor 15% verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor het therapie-effect. De andere algemeen therapeutische factoren die hij vond, waren: verwachting en placebo-effecten (15%), therapeutische relatie (30%) en cliëntkenmerken en buitetherapeutische gebeurtenissen (40%). Wat de cliëntkenmerken betreft, worden de ernst van de problematiek, de motivatie, de capaciteit om een relatie aan te gaan, ik-sterkte, psychologisch 'mindedness' en de vaardigheid om een kernprobleem te identificeren het meest genoemd (Lambert & Asay, 1984; Asay & Lambert, 1999). Naast therapeutische alliantie wordt betrokkenheid van de cliënt als belangrijke voorspeller van uitkomst gezien (Garfield, 1994). Orlinsky, Grawe en Parks (1994) rapporteerden dat in 69% van de onderzoeken die zij bestudeerden, coöperatie van de cliënt (versus weerstand) was geassocieerd met positieve uitkomsten. Ook rolinvestering bleek in 70% van de onderzoeken van belang, evenals openheid versus defensiviteit, die in 80% van de onderzochte studies geassocieerd werd met uitkomst. Ten slotte was de samenwerkingsstijl van de cliënt, in tegenstelling tot een controlerende of afhankelijke stijl, geassocieerd met een positieve uitkomst in 64% van de onderzoeken. In de bevindingen van Orlinsky e.a. (1994) is dan ook vooral de opstelling van de

cliënt de belangrijkste voorspeller van het behandelresultaat.

In de Verenigde Staten wordt gebruikgemaakt van het Clinical Information System (CIS). Hierin worden gegevens verzameld over de volgende zaken:

- de ernst van de problemen zoals door de cliënt zelf aangegeven;
- de ernst van de functionele beperkingen zoals vastgesteld door de therapeut;
- de DSM IV-classificatie;
- een gestandaardiseerde lijst van problemen die de focus van behandeling zijn;
- eerdere hulpverlening;
- mate van steun van familie;
- demografische cliëntgegevens als sekse en ras.

Op basis hiervan wordt een index vastgesteld. Op grond van de verzamelde gegevens concludeerden Brown, Dreis en Nace (1999) dat diagnose door de professional niets toevoegt aan de predictie van het behandelresultaat op basis van deze index. Voorts bleek de theoretische oriëntatie van de therapeut ongerelateerd aan het behandelresultaat. Ook werden er geen verbanden gevonden tussen de duur van de behandeling en het resultaat. Ten slotte bleek de mate van de lijdensdruk bij aanvang, zoals aangegeven door de cliënt en ongeacht de diagnose, wel een voorspeller te zijn voor de duur van de behandeling, maar niet voor de mate van verbetering. Perry, Banon en Ianni (1999) vonden in een meta-analyse van 15 studies naar therapie-uitkomsten dat psychotherapie in alle studies tot zeven keer effectiever was dan geen therapie. Om te kunnen vaststellen of therapie-effecten kunnen worden toegeschreven aan specifieke technieken dan wel aan algemene factoren, voerden Ahn en Wampold (2001) een meta-analyse uit op 27 'componentenstudies', waarbij een essentieel onderdeel van de betreffende therapie werd weggelaten om het effect ervan te beoordelen. De verwachting was dat de deels ontklede therapieën minder goed zouden werken dan de volledige versie, wat echter niet het geval bleek te zijn. Messer en Wampold (2002) constateerden dat behalve deze componentenstudies ook protocollaire behandelingen of theoretisch relevante interactie-effecten wei-

nig steun geven aan het effect van therapeutische technieken. Daarentegen verwijzen Nathan, Stuart en Dolan (2000) naar een aantal gerandomiseerde klinische onderzoeken, waaruit blijkt dat met name een aantal vooral gedrags-therapeutische of cognitief-gedragstherapeutische behandelingen tot een significant beter behandelresultaat leiden. Ook bleek uit hun onderzoek naar de werkzaamheid en de doelmatigheid van psychotherapieën dat, in tegenstelling tot het belang van therapeutvariabelen, cliëntvariabelen geen significante rol speelden met betrekking tot uitkomstvariabelen.

Bateman en Fonagy (2000) concluderen dat vooral therapieën die voldoen aan de volgende kenmerken, effectief lijken te zijn; deze therapieën zijn:

- duidelijk gestructureerd;
- sterk gericht op het vergroten van 'compliance';
- doelgericht, bijvoorbeeld op een gedragsaspect zoals zelfbeschadiging, of interpersoonlijke relatiepatronen;
- theoretisch zeer coherent voor zowel de therapeut als de cliënt;
- relatief langdurig;
- gericht op een krachtige hechtingsrelatie tussen therapeut en cliënt, waarin de therapeut een actieve rol speelt;
- goed ingebed in andere voorzieningen voor de cliënt.

Voortijdig afbreken van de behandeling

Een belangrijke bepalende factor voor het therapieresultaat is uiteraard of de therapie al dan niet wordt afgerond. Het is dan ook zaak voortijdig afbreken van de behandeling, ofwel drop-out, zoveel mogelijk te voorkomen. De mogelijkheid om vooraf te kunnen inschatten welke cliënten een verhoogd risico op drop-out lopen, zou kunnen leiden tot het toepassen van interventies die dit risico verminderen. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat drop-out vaker voorkomt bij jongere cliënten (onder andere Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin & Selzer, 1995; Young, Grusky, Jordan & Belin, 2000). Er werd geen ondersteuning gevonden voor samenhang tussen ernst van de klachten

en drop-out. Zo vonden Steel e.a. (2000) bij cliënten met bulimia nervosa die een cognitieve gedragstherapie voortijdig afbraken (34%), dat niet de ernst van de symptomen gerelateerd was aan de drop-out, maar wel de significant hogere depressie- en wanhoopscores op respectievelijk de Beck Depression Inventory en de Beck Hopelessness Scale evenals een verhoogde mate van externe locus of control op de Locus of Control of Behavior Scale. Deze variabelen voorspelden 90% van de uitval. Hierbij gaat het dus om de ervaren lijdensdruk en de mate van controle die de cliënt hierin ervaart. In andere studies werden echter wel verbanden gevonden tussen klachten en drop-out, waarbij zowel een hoge mate van klachten (Derisley & Reynolds, 2000) als een lage mate van klachten (Young e.a., 2000) blijken te kunnen leiden tot drop-out.

Een lagere leeftijd en een hogere mate van vijandigheid bleken voorspellers van drop-out in een psychodynamische psychotherapie voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Smith e.a., 1995). Het onderdrukken van boosheid is in verband gebracht met een hogere mate van drop-out, evenals het eerder voelen van boosheid en de mate van uiten van boosheid (Fassino, Abbate Daga, Pierò & Rovera, 2002). In hetzelfde onderzoek werd eveneens een verband gevonden tussen drop-out en een geringere mate van zelfsturing of samenwerking.

Non-compliance is de Engelstalige term die vaak in verband wordt gebracht met behandelresultaat en drop-out. Non-compliance is te omschrijven als het niet meewerken aan de behandeling, en hoewel dit problematisch gedrag is, is niet alle probleemgedrag onder de noemer 'non-compliance' te brengen. In de literatuur blijkt dat het veelal om medicatietrouw gaat. Meestal ligt een beperkt zelf- en ziekte-inzicht, al dan niet veroorzaakt door de stoornis, zoals schizofrenie, hieraan ten grondslag (Novak-Grubic & Tavcar, 2002). Ook verslavingsproblematiek wordt vaak in verband gebracht met non-compliance. McLellan, Lewis, O'Brien en Kleber (2000) geven hier als verklaring voor dat behandeling vaak ten onrechte op 'genezing' wordt gericht, terwijl wanneer middelenafhan-

kelijkheid als een chronische ziekte wordt beschouwd en als zodanig wordt behandeld, non-compliance en drop-out sterk verminderen.

Samenvattend kan gesteld worden dat, hoewel er een enorme hoeveelheid variabelen in verband wordt gebracht met drop-out en behandelresultaat, deze vaak niet consistent zijn omschreven en doorgaans niet worden onderscheiden op grond van hun status: cliëntkenmerken, diagnostische informatie, de behandelindicatie, het behandelresultaat en de tussenliggende proceskenmerken. De onderlinge samenhang van deze variabelen kan daardoor onvoldoende op zijn merites beschouwd worden.

Onderzoeksvragen

Teneinde orde te scheppen in de veelheid van variabelen die van belang kunnen zijn in het proces en het resultaat hebben we voor ons onderzoek gekozen om de volgende variabelen te onderscheiden:

- gegevens die bij aanmelding aanwezig zijn, zoals sociodemografische gegevens en aanmeldingsklachten (aanvangsvariabelen);
- de resultaten op vragenlijsten, zowel op de afzonderlijke schalen als volgens de DTP-methode (vragenlijstvariabelen);
- gekozen behandelmethoden (behandelvariabelen);
- behandelverloop in de vorm van problemen die zich tijdens de behandeling kunnen voordoen (probleemvariabelen);
- de wijze van beëindiging van de behandeling en de mate van verbetering (resultaatvariabelen).

De hypothese daarbij is dat er geen rechtstreeks verband bestaat tussen aanvangs- en resultaatvariabelen, maar dat er in het traject daartussen allerlei gegevens en factoren een rol spelen die het uiteindelijke resultaat beïnvloeden. Behandelen en probleemvariabelen zijn in dat proces mediërende factoren, waarover vragenlijstvariabelen mogelijkterwijs op voorhand uitspraken kunnen doen.

De vragen die als leidraad voor het onderzoek fungeerden, zijn als volgt geformuleerd:

- Hebben vragenlijstresultaten een toegevoegde waarde ten opzichte van aanmeldingsklachten of behandelmethoden bij het voorspellen van het behandelresultaat?
- Hebben vragenlijstresultaten een toegevoegde waarde ten opzichte van aanmeldingsklachten of behandelmethodiek bij het voorspellen van probleemgedrag tijdens de behandeling?
- Bieden DTP-profielen een toegevoegde waarde hierin?
- Wat is de beste voorspeller van het behandelresultaat?

Methode

Onderzoeksopzet

Ten behoeve van het onderzoek zijn van de eerstelijnspraktijk van de eerste auteur alle cliëntendossiers die in 2002 werden afgesloten, onder de loep genomen. Gekozen is voor deze periode omdat er toen sprake was van een stabiel en goed op elkaar ingewerkt team van vier eerstelijnspsychologen en omdat er toen vrijwel geen ziekteverzuim was waardoor de behandelingen minder soepel zouden kunnen verlopen of overgedragen moesten worden. Voorts was goed ingewerkt op het toentertijd gehanteerde coderingssysteem van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).¹ Eerstelijnspsychologie in Nederland kenmerkt zich door kortdurende behandelingen bij niet al te ernstige problematiek (GAF-scores > 50). Al enkele jaren wordt het DSM IV-classificatiesysteem ook door eerstelijnspsychologen in het LVE-coderingssysteem toegepast. Over de gekozen onderzoeksperiode waren deze gegevens helaas nog niet beschikbaar. Eerstelijnspsychologen werken doorgaans niet schoolgebonden en maken gebruik van een veelheid van methodieken. De jaarcijfers van de onderzochte praktijk kwamen in grote lijnen overeen met de landelijke jaarcijfers.

Van de onderzoeksgroep werden kinderen en jongeren uitgesloten. Ook cliënten bij wie niet de standaardvragenlijsten waren gebruikt, evenals cliënten die tijdens de intake afhaakten

en van wie dus geen vragenlijstgegevens bekend waren, werden buiten de onderzoeksgroep gehouden. Op deze wijze bleven er 369 dossiers over.

Deze dossiers werden doorgenomen door twee onderzoekers. Het LVE-codeformulier, dat al door de behandelende psycholoog was ingevuld, werd grotendeels overgenomen (zie tabel 1). Ook werden de ruwe schaalscores van de NVM, SCL-90 en UCL vastgelegd. Ten slotte werd een aantal gedragingen geoperationaliseerd, die gezamenlijk de noemer 'probleemgedrag' kregen (zie instrumenten).

Cliënten

De onderzoeksgroep bestond uit 369 cliënten: 97 mannen en 272 vrouwen tussen 16 en 70 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 35,8 jaar (SD 10,9). De onderzoeksgroep kreeg 3200 gesprekken: het gemiddelde aantal gesprekken per behandeling bedroeg 8,67 (SD 3,16, minimaal 1, maximaal 20 gesprekken). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de geregistreerde cliëntkenmerken, behandelingskenmerken en afsluitgegevens.

Instrumenten

Vragenlijsten

De NVM (Nederlandse Verkorte MMPI, Luteijn & Kok, 1985) is een persoonlijkheidsvragenlijst voor personen van 16 jaar of ouder bestaande uit 83 items die ontleend zijn aan de oude MMPI vorm C. Er zijn drie antwoordmogelijkheden (juist, ?, onjuist). De subschalen van de NVM zijn Negativisme (22 items), Somatisering (20 items), Verlegenheid (15 items), Ernstige psychopathologie (13 items) en Extraversie (13 items). Door de Commissie Test Aangelegenheden Nederland (COTAN) (Evers e.a., 1996) werden de uitgangspunten bij de testconstructie als goed beoordeeld, evenals de uitvoering van de handleiding en het testmateriaal. De normen, betrouwbaarheid en validiteit werden voldoende bevonden.

De *SCL-90* (Symptom Check List-90, Arrindell & Ettema, 1986) inventariseert lichamelijke en psychische klachten bij normale volwassenen en ambulante psychiatrische patiënten, met als

doel de ervaren mate van psychopathologie vast te stellen. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen, waarop de cliënt op een vijf-puntenschaal kan aangeven of de klachten de afge-

[T a b e l l] Aantallen en percentages van geregistreerde cliënt-, behandel- en afsluitkenmerken (N = 369).

	Categorieën	Aantal	Percentage
seks	man	97	26
	vrouw	272	74
burgerlijke staat	ongehuwd	199	32
	gehuwd/samenwonend	219	59
	gescheiden (na huwelijk of samenwonen)	22	6
	weduwe/weduwnaar	9	2
opleiding	geen of lager onderwijs	22	6
	voortgezet onderwijs – Mavo of V(M)BO	44	12
	voortgezet onderwijs – (K)MBO	119	32
	voortgezet onderwijs – Havo of VWO	41	11
	hoger onderwijs – HBO	119	32
	hoger onderwijs – WO	24	7
1ste aanmeldingsklacht	systeemproblemen	50	14
	werkproblemen/burn-out	40	18
	angst- en dwangklachten	44	12
	(psycho)somatische klachten	48	13
	depressieve klachten	85	23
	verwerkingsproblemen	38	10
	problemen rond zelfbeeld	35	10
	overige klachten	29	10
soort behandeling	geen behandeling (niet geïndiceerd of verwijzing)	54	15
	gedragstherapeutisch/structurend	62	17
	cognitief/verhelderend	103	28
	inzichtgevend	23	6
	ondersteunend	94	26
	systeemtherapie	25	7
	anders	8	3
resultaat contact	resultaat niet aan te geven	39	11
	geen of weinig verandering	54	15
	enige verbetering	45	12
	redelijke verbetering	62	17
	verbetering/herstel	78	21
	goede verbetering/herstel en groei	91	25
wijze beëindiging	reguliere afsluiting	223	60
	contact afgebroken	64	17
	cliënt doorverwezen (na intake of na behandeling)	82	22

lopen week van toepassing waren. Er zijn acht schalen: Angst (10 items), Agorafobie (7 items), Depressie (16 items), Somatische klachten (12 items), Insufficiëntie van denken en handelen (9 items), Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (18 items), Woede-hostiliteit (6 items) en Slaapproblemen (3 items). De totaalscore op de SCL-90 duidt het algehele niveau van psychisch/lichamelijk disfunctioneren aan (Psychoneuroticisme). Er zijn normen voor mannen en vrouwen bij poliklinisch psychiatrische patiënten en bij normalen. De COTAN beoordeelde de uitgangspunten bij de testconstructie, de uitvoering van de handleiding en het testmateriaal, de betrouwbaarheid en de validiteit als goed en de normen als voldoende.

De UCL (Utrechtse Coping Lijst, Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993) stelt de manier vast waarop iemand omgaat met problemen. De UCL bestaat uit 47 items, die op een vierpuntenschaal kunnen worden gescoord. Er worden zeven schalen onderscheiden: Actief aanpakken (7 items), Palliatieve re-

actie (8 items), Vermijden (8 items), Sociale steun zoeken (6 items), Passief reactiepatroon (7 items), Expressie van emoties (3 items) en Geruststellende gedachten (5 items). De COTAN beoordeelde de normen en validiteit vooralsnog als onvoldoende, de betrouwbaarheid als voldoende en de uitgangspunten bij de testconstructie en de uitvoering van de handleiding en het testmateriaal als goed.

DTP-methode

Ten behoeve van analyses met de DTP-methode zijn de NVM-schaalscores omgerekend tot DTP-profielen conform Eurelings-Bontekoe e.a. (2005). In tabel 2 zijn de frequenties, percentages en rekenformules van de profielen weergegeven.

Scoring van probleemgedrag

De dossiers werden gescoord door de twee onderzoekers op een twaalfstal problemen die redelijk tot goed vast te stellen waren. Enkele pilots waren nodig om tot een goede operatio-

[T a b e l 2] Verdeling van N = 369 over de DTP-profielen (NPO = neurotische persoonlijkheidsorganisatie; BPO = borderline persoonlijkheidsorganisatie; PPO = psychotische persoonlijkheidsorganisatie).

	N	(%)	Rekenformule
<i>NPO</i>			
Neurotisch	71	(19.2)	(psy ≤ 3) & (verl ≥ 20) of (psy ≥ 4) & (psy ≤ 7) & (verl ≥ 26)
<i>BPO</i>			
Vroeg narcisme	147	(39.8)	(psy ≤ 3) & (verl ≤ 13)
Onrijpe persoonlijkheid	63	(17.1)	(psy ≤ 3) & (verl ≥ 14) & (verl ≤ 19) of (psy ≥ 4) & (psy ≤ 7) & (verl ≥ 20) & (verl ≤ 25)
Low level borderline latent	39	(16.6)	(psy ≥ 4) & (psy ≤ 7) & (verl ≤ 13)
High level borderline	7	(1.9)	(psy ≥ 8) & (verl ≥ 26)
Low level borderline manifest	16	(4.3)	(psy ≥ 8) & (verl ≤ 13)
Psychotische border	7	(1.9)	(psy ≥ 8) & (verl ≤ 25) & (verl ≥ 14) & (neg ≥ 28)
<i>PPO</i>			
Psychotisch latent	6	(1.6)	(psy ≥ 4) & (psy ≤ 7) & (verl ≥ 14) & (verl ≤ 19) & (neg ≤ 27)
Psychotisch manifest	5	(1.4)	(psy ≥ 8) & (verl ≤ 25) & (verl ≥ 14) & (neg ≤ 27)
<i>Niet te classificeren</i>	8	(2.2)	

nalisisatie van de problemen te komen. De interbeoordelaarsovereenstemming bedroeg uiteindelijk 93%. Beide onderzoekers scoorden ieder de helft van de dossiers.

Vanwege de lage frequenties van een aantal problemen is ervoor gekozen de probleemcategorieën tot zeven te beperken, die als volgt waren geoperationaliseerd:

- *Betalingsproblemen*. De normale betalingstermijn bedraagt 30 dagen. Wordt de termijn ruim overschreden, dan wordt een herinnering gestuurd. Volgt er geen betaling, dan wordt een tweede herinnering gestuurd en ten slotte een laatste. Indien nog steeds niet is betaald en er evenmin een reactie is gekomen of een betalingsregeling is afgesproken, dan wordt de vordering in handen gegeven van een incassobureau. Het betalingsgedrag kreeg de volgende scores: tijdige betalingen (score 0, N = 201); één aanmaning (score 1, N = 59); meerdere aanmaningen (score 2, N = 104); incassobureau (score 3, N = 5).
- *No-show* betreft geen of een te late afzegging van een afspraak. De regel is dat afspraken zonder kosten kunnen worden geannuleerd mits tijdig (24 uur van tevoren) aangegeven. Het antwoordapparaat registreert dag en tijdstip, dus hoeft er geen rekening gehouden te worden met telefonische bereikbaarheid. De behandelaar heeft de ruimte om coulance te betrachten in geval van overmacht of anderszins. Geregistreerd zijn alle afspraken die niet nagekomen, maar wel in rekening gebracht zijn. No-show werd 64 keer geregistreerd: bij 52 cliënten 1 keer, bij 6 cliënten 2 keer.
- *Huiswerk niet maken*. Met name bij cognitief-gedragstherapeutische behandelingen vormt huiswerk een onderdeel van de therapie. Hierbij kan het bijvoorbeeld om registratie- of exposureopdrachten gaan. Geregistreerd zijn alle keren dat in het dossier werd aangetekend dat er wel huiswerk was opgegeven, maar niet was gedaan. Dit deed zich 67 keer voor: bij 53 cliënten 1 keer, bij 4 cliënten 2 keer en bij 1 cliënt 3 keer.
- *Vervolgafpraak niet maken*. Soms heeft een cliënt via het antwoordapparaat een afspraak

afgezegd, maar niet teruggebeld om een nieuwe afspraak te maken. Soms is het niet mogelijk een vervolgafpraak te maken omdat een cliënt bijvoorbeeld zijn werkrooster nog niet heeft. Meestal wordt afgesproken dat de cliënt zal bellen voor het maken van een nieuwe afspraak. Geregistreerd zijn alle gevallen waarvan uit het dossier bleek, bijvoorbeeld door een kopie van een brief of door een aantekening, dat de cliënt dit niet had gedaan. Dit probleem deed zich 84 keer voor: bij 69 cliënten 1 keer; bij 4 cliënten 2 keer, bij 1 cliënt 3 keer en bij 1 cliënt 4 keer.

- Bij *beloften niet nakomen* valt te denken aan beloften zoals de partner meenemen, een brief schrijven. Er werd 21 keer een belofte niet nagekomen: bij 16 cliënten gebeurde dit 1 keer, bij 1 cliënt 2 keer en bij 1 cliënt 3 keer.
- *Negatieve therapeutgevoelens*. Hierbij gaat het vaak om gedrag van de cliënt dat een negatief gevoel bij de behandelaar oproept, zoals irritatie, angst of afkeer, ook wel negatieve tegenoverdracht genoemd. Geregistreerd zijn deze gevoelens wanneer er meer of minder expliciet een aantekening van in het dossier is gemaakt. Dit probleem kwam 298 keer voor: bij 119 cliënten 1 keer, bij 44 cliënten 2 keer, bij 19 cliënten 3 keer, bij 3 cliënten 4 keer, bij 3 cliënten 5 keer en bij 1 cliënt 7 keer.
- *Geen toestemming geven voor berichtgeving aan huisarts*. Het is gebruikelijk dat de huisarts zowel na de intake als bij afsluiting van de behandeling schriftelijke informatie ontvangt. Cliënten wordt hiervoor toestemming gevraagd. Er werd 28 keer geen toestemming gegeven voor berichtgeving: 26 cliënten gaven geen toestemming voor het toesturen van het indicatieverslag en wel voor een afsluitbrief; 1 cliënt gaf beide keren geen toestemming.

Onderzoeksdesign en statistische bewerkingen

De analyses zijn in drie stappen onderverdeeld (zie tabel 3). In de eerste stap is nagegaan welke variabelen van invloed zijn op de behandelindicatie. De aanvangsvariabelen (sociodemo-

grafische gegevens en aanmeldingsklachten) en vragenlijstvariabelen (de ruwe scores op de vragenlijstschalen) zijn daarbij de predictoren (onafhankelijke variabele) en de indicatie is de criteriumvariabele (afhankelijke variabele). In de tweede stap werd nagegaan welke variabelen een relatie hebben met probleemgedrag tijdens de behandeling. Aanvangs-, vragenlijst- en behandelvariabelen (de gekozen behandeling) vormden daarbij de predictoren en de probleemgedragingen de criteriumvariabelen. In de derde stap werd nagegaan welke variabelen voorspellingen konden doen over de wijze van beëindiging en de mate van verbetering. Hierbij vormden de aanvangs-, vragenlijst-, behandel- en probleemvariabelen de predictoren en de wijze van beëindiging en het behandelresultaat de criteriumvariabelen. Ten slotte is ook nagegaan of de wijze van beëindiging van invloed was op het behandelresultaat.

Voor de statistische bewerkingen is gekozen voor de gebruikelijke univariate toetsen (χ^2 en correlaties) om het effect van de sociodemografische gegevens te beschrijven. Met behulp van multivariate regressieanalyses werd vervolgens vastgesteld welk aandeel verklaarde variantie deze sociodemografische gegevens hadden met betrekking tot de betreffende afhankelijke variabele. In multivariate regressieanalyses worden alle variabelen in een model gevat waarna stapsgewijs de toegevoegde waarde van de verschillende onafhankelijke variabelen kan worden beoordeeld. De sociode-

mografische gegevens werden als eerste blok ingevoerd, en respectievelijk aanmeldingsklachten, vragenlijstschalen, DTP-profielen, indicaties, probleemgedrag als tweede blok. Om na te gaan wat de beste voorspellers zijn van de nominale variabelen indicatie, probleemgedrag (hergecodeerd als geen (0) of wel (1) problemen in de betreffende categorie) en wijze van beëindiging, is gebruikgemaakt van binaire logistische regressieanalyses, methode conditional forward. Met behulp van enkelvoudige hiërarchische regressieanalyses, methode stepwise, is nagegaan wat de beste voorspellers zijn van de ordinale variabele mate van verbetering.

Resultaten

Stap I: Van diagnostiek naar indicatie

Sociodemografische gegevens

Sekse. Mannen kregen vaker geen behandeling dan vrouwen ($\chi^2 = 8.68$; $df = 1$; $p = .001$). Bij mannen werd ook vaker een systeemtherapie geïndiceerd ($\chi^2 = 4.34$; $df = 1$; $p = .037$). Gedragstherapie werd vaker geïndiceerd bij vrouwen dan bij mannen ($\chi^2 = 3.97$; $df = 1$; $p = .046$).

Leeftijd. Naarmate cliënten ouder waren, werd er minder vaak cognitieve therapie geïndiceerd ($r_s = -.11$; $p = .036$). Oudere cliënten kregen vaker een ondersteunende begeleiding dan jongere cliënten ($r_s = .21$; $p = .000$).

[T a b e l 3] Analyse van de cliëntendossiers in drie stappen.

Stappen	Onafhankelijke variabele	Afhankelijke variabele
Stap 1	sociodemografische gegevens	indicatie
	belangrijkste aanmeldingsklacht	indicatie
	vragenlijstresultaten	indicatie
Stap 2	conform stap 1	probleemgedrag
	soort behandeling	probleemgedrag
Stap 3a	conform stap 2	wijze van beëindiging
	probleemgedrag	wijze van beëindiging
Stap 3b	conform stap 3a	behandelresultaat
	wijze van beëindiging	behandelresultaat

Burgerlijke staat. Ongehuwden kregen vaker geen behandeling dan gehuwden/samenwonenden ($\text{Chi}^2 = 11.34$; $\text{df} = 3$; $p = .010$). Gescheiden cliënten kregen vaker een ondersteunende begeleiding ($\text{Chi}^2 = 14.43$; $\text{df} = 3$; $p = .002$). Systeemtherapie werd vaker geïndiceerd bij gehuwden/samenwonenden ($\text{Chi}^2 = 9.43$; $\text{df} = 3$; $p = .024$).

Opleiding. Cliënten met een lagere opleiding (geen of lager onderwijs, mavo/v(m)bo of (k)mbo) kregen relatief minder vaak een cognitieve therapie ($\text{Chi}^2 = 16.30$; $\text{df} = 5$; $p = .006$).

De gezamenlijke sociodemografische kenmerken verklaren 8 tot 16% van de variantie in

behandelindicatie: geen behandeling 14%; gedragstherapie 8%; cognitieve therapie 10%; inzichtgevende behandeling 12%; ondersteunende begeleiding 14%; systeemtherapie 12%; anders 16% (R^2 volgens Nagelkerke).

Diagnostische gegevens

In tabel 4 valt te zien dat de behandelindicaties die cliënten kregen, door verschillende informatie voorspeld kon worden.

Aanmeldingsklachten. Cliënten die zich aanmeldden met systeemproblemen, bleken vaker een systeemtherapie te krijgen en minder vaak geen behandeling. Overige klachten gingen va-

[T a b e l 4] Voorspellers van behandelindicatie.

Indicatie	Voorspeller	Stap	% verklaarde variantie		β	SE	Wald	df	p
			van	naar					
Geen behandeling (N = 54)	overige klachten	1	14	17	1.24	.47	6.99	1	.01
	SCL-ago	1	14	16	.07	.03	4.47	1	.03
	NVM-psy	1	14	17	.10	.04	6.17	1	.01
	DTP-onrijp	1	14	17	-1.41	.64	4.88	1	.03
Gedragstherapie (N = 62)	zelfbeeldproblemen	1	8	11	-1.49	.76	3.87	1	.05
	SCL-in	1	8	11	.09	.03	12.49	1	.00
	SCL-sen	2	11	14	-.05	.02	7.37	1	.01
Cogn. therapie (N = 103)	zelfbeeldproblemen	1	10	11	.86	.38	4.94	1	.03
	NVM-verl	1	10	13	.04	.01	6.78	1	.01
	NVM-psy	2	13	16	-.16	.05	9.27	1	.00
Ondersteuning (N = 94)	DTP-neurotisch	1	9	12	.79	.30	7.10	1	.01
	psychosom. klachten	1	14	19	1.35	.34	15.75	1	.00
	UCL-pas	1	14	16	.09	.04	5.91	1	.02
	NVM-psy	1	14	16	.09	.04	6.45	1	.01
Systeemtherapie (N = 25)	DTP-low level border	1	13	16	1.47	.57	6.72	1	.01
	systeemproblemen	1	12	62	5.23	.86	37.47	1	.00
	SCL-som	1	12	20	-.13	.05	8.04	1	.01
	UCL-act	1	12	15	.12	.06	3.89	1	.05
	UCL-pal	2	15	18	-.17	.07	4.98	1	.03
Anders (N = 8) Inzichtgevende behand. (N = 23)	NVM-som	1	12	17	-.07	.03	5.67	1	.02
	DTP-narcistisch	1	16	28	2.53	1.10	5.29	1	.02
	n.s.								

Binair logistische regressieanalyses, blok 1: sekse, leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, methode enter, blok 2: klachten resp. schalen resp. profielen, methode forward conditional.

ker samen met geen behandeling. Bij psychosomatische klachten werd vaak ondersteunende begeleiding geboden.

Bij de drie *vragenlijsten* werden schalen aangevraagd die hetzij samenhangen met een positieve indicatie ($\beta > 0$: hogere scores gingen samen met de betreffende indicatie), hetzij een negatieve indicatie ($\beta < 0$, waarbij hoge scores juist niet met de betreffende indicatie samenhangen).

DTP-profielen. Cliënten met een onrijp persoonlijkheidsprofiel bleken minder vaak de indicatie geen behandeling te krijgen. Degenen met een neurotisch profiel kregen vaker een cognitieve therapie, degenen met een low level borderline persoonlijkheidsprofiel kregen vaker de behandelindicatie ondersteunende begeleiding, en cliënten met een vroeg narcistische persoonlijkheidsorganisatie kregen vaak een andersoortig aanbod.

Stap 2: Van diagnostiek en indicatie naar problemen tijdens behandeling

Ten behoeve van de analyses met problemen werd gecorrigeerd voor de duur van de behandeling. Immers, hoe langer een cliënt in behandeling is, hoe meer kans er bestaat op het ontstaan van problemen. De duur van de behandeling bleek 2% van de variantie in betalingsproblemen te verklaren, 5% in het niet maken van huiswerk, 5% in het niet maken van een vervolgspraak, 8% in no-show, 1% in beloften niet nakomen, 4% in negatieve therapeutgevoelens en 2% in het niet geven van toestemming om de huisarts te informeren.

Sociodemografische gegevens

Sekse. Er werden geen sekseverschillen gevonden bij problemen tijdens de behandeling.

Leeftijd. Naarmate de leeftijd toenam, was er sprake van minder problemen met betaling ($r_s = -.15$; $p = .001$), vervolgspraken ($r_s = -.12$; $p = .019$), no-show ($r_s = -.12$; $p = .019$) en het nakomen van beloften ($r_s = -.14$; $p = .009$).

Burgerlijke staat. Er werden geen verschillen in burgerlijke staat gevonden bij problemen tijdens de behandeling.

Opleiding. Cliënten met havo/vwo maakten vaker dan verwacht hun huiswerk niet, terwijl cliënten met geen of alleen lager onderwijs of met een hbo dit probleem minder vaak vertoonden ($\text{Chi}^2 = 16.45$; $\text{df} = 5$; $p = 0,006$).

De variantie in problemen verklaard door de sociodemografische kenmerken bedroeg: betalingsproblemen 5%, huiswerk niet maken 7%, vervolgspraak niet maken 9%, no-show 7%, beloften niet nakomen 13%, negatieve therapeutgevoelens 6%, geen toestemming voor informatie naar de huisarts 7%.

Diagnostische gegevens

In tabel 5 zijn de resultaten samengevat. Slechts enkele *aanmeldingsklachten* hingen samen met het optreden van problemen tijdens de behandeling. Bij werkproblemen en bij depressieve klachten traden meer negatieve therapeutgevoelens op. Bij systeemproblemen werd vaker geen toestemming gegeven om de huisarts te informeren. De *vragenlijstschalen* lieten zowel positieve verbanden zien ($\beta > 0$: hogere scores gaan samen met meer problemen) als negatieve verbanden ($\beta < 0$: hogere scores gaan samen met minder problemen). Vragenlijsten bleken geen voorspellende waarde te hebben voor negatieve therapeutgevoelens of betalingsproblemen.

DTP-profielen. No-show werd voorspeld door de aanwezigheid van een latent en een manifest low level borderline profiel en een onrijp persoonlijkheidsprofiel. Het manifeste low level borderline profiel voorspelde daarnaast het niet nakomen van beloften. Dit probleem werd eveneens gevonden bij cliënten met een vroeg narcistisch profiel, die ook vaker geen toestemming gaven de huisarts te informeren. Cliënten die geen behandeling krijgen, vertonen vanzelfsprekend minder vaak problemen. Zij zijn in de verdere berekeningen met betrekking tot *behandelindicatie* niet meegenomen. Cliënten die

een systeembehandeling geïndiceerd kregen, gaven vaker geen toestemming om de huisarts te informeren.

Stap 3: Van diagnostiek, indicatie en problemen naar behandelresultaat

Het behandelresultaat kan enerzijds worden weergegeven als de wijze waarop het contact is beëindigd en anderzijds als de mate van verbetering. De wijze van beëindiging kent drie cate-

gorieën: een reguliere afsluiting (N = 223), een doorverwijzing (N = 82) en het voortijdig afbreken van de behandeling (drop-out, N = 64). De mate van verbetering werd door de behandelaar in overleg met de cliënt aan het eind van de behandeling conform het LVE-coderingssysteem vastgesteld en kent vijf ordinale categorieën: 1. geen of weinig verandering (N = 54); 2. enige verbetering (N = 45); 3. redelijke verbetering (N = 62); 4. verbetering/herstel (N = 78); 5. goede verbetering/herstel en groei (N =

[T a b e l 5] Voorspellers van problemen tijdens behandeling.

Probleem	Voorspeller	Stap	% verklaarde variantie		β	SE	Wald	df	p
			van	naar					
Huiswerk (N = 59)	SCL-sen	1	12	16	-.05	.02	8.33	1	.00
	UCL-soc	1	12	14	-.09	.04	5.21	1	.02
Vervolgafpraak (N = 75)	UCL-pal	1	10	13	.11	.04	5.77	1	.02
	UCL-soc	2	13	15	-.10	.04	7.30	1	.01
No-show (N = 58)	UCL-pas	3	15	17	-.08	.04	3.90	1	.05
	SCL-ang	1	15	17	.04	.02	4.54	1	.03
	NVM-som	1	15	19	.04	.02	6.35	1	.01
	NVM-verl	2	19	21	-.05	.02	5.51	1	.02
	NVM-ex	3	21	23	.07	.03	4.92	1	.03
	DTP-borderline latent	1	15	20	1.94	.44	19.51	1	.00
	DTP-onrijp	2	20	23	1.25	.41	9.22	1	.00
DTP-low level borderline	3	23	27	2.02	.66	9.56	1	.00	
Beloften (N = 18)	UCL-act	1	14	19	-.23	.08	9.01	1	.00
	UCL-pas	2	19	23	-.23	.08	7.78	1	.01
	UCL-exp	3	23	28	.38	.16	6.04	1	.01
	DTP-narcisme	1	11	16	1.29	.64	4.08	1	.04
	DTP-low level borderline	2	16	20	2.69	.90	8.93	1	.00
Info huisarts (N = 27)	systeemproblemen	1	9	14	1.41	.50	8.05	1	.01
	SCL-hos	1	9	17	.17	.08	4.23	1	.04
	SCL-psneur	2	17	19	-.03	.01	12.32	1	.00
	UCL-pas	1	9	14	-.19	.07	7.26	1	.01
	UCL-exp	2	14	19	.41	.13	9.13	1	.00
	NVM-verl	1	9	15	-.08	.03	7.19	1	.01
	DTP-narcisme	1	10	13	.90	.46	3.93	1	.05
	systeemtherapie	1	9	14	1.80	.61	8.71	1	.00
Therapeutgevoel (N = 189)	werkproblemen	1	10	14	1.45	.42	11.91	1	.00
	depressieve klachten	2	14	15	.55	.27	4.06	1	.04
Betaling (N = 168)	n.s.								

Binair logistische regressieanalyses, blok 1: sekse, leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, duur, methode enter, blok 2: klachten resp. schalen resp. profielen resp. indicatie, methode forward conditional.

[T a b e l 6] Voorspellers van de wijze van beëindiging.

Beëindiging	Voorspeller	Stap	% verklaarde variantie		β	SE	Wald	df	p
			van	naar					
Regulier (N = 223)	depressieve klachten	1	15	18	-.74	.27	7.38	1	.01
	SCL-ago	1	15	18	-.08	.03	8.51	1	.00
	UCL-pas	1	15	18	-.10	.03	8.93	1	.00
	NVM-neg	1	15	19	-.04	.02	6.73	1	.01
	NVM-psy	2	19	21	-.09	.04	4.99	1	.03
	DTP-narcisme	1	15	18	.70	.25	8.01	1	.01
	vervolgafpraak	1	15	24	-1.53	.30	26.08	1	.00
Doorverwijzing (N = 82)	systeemproblemen	1	13	20	-3.26	1.04	9.83	1	.00
	psychosom. klachten	2	20	23	-1.29	.51	6.34	1	.01
	verwerkingsproblematiek	3	23	25	-1.43	.64	5.02	1	.03
	SCL-dep	1	13	19	.04	.01	15.23	1	.00
	UCL-pas	1	13	22	.19	.04	22.02	1	.00
	NVM-neg	1	13	19	.06	.02	9.09	1	.00
	NVM-psy	2	19	23	.09	.04	5.00	1	.03
	NVM-ex	3	23	25	-.09	.03	12.12	1	.00
	DTP-narcisme	1	13	16	-.90	.31	8.30	1	.00
	vervolgafpraak	1	13	15	-.96	.39	6.11	1	.01
Drop-out (N = 64)	neg. therapeutgevoelens	2	15	17	-.57	.27	4.41	1	.04
	NVM-ex	1	7	9	.06	.03	4.63	1	.03
	DTP-latent borderline	1	7	10	.78	.39	3.90	1	.05
	vervolgafpraak	1	7	36	2.78	.35	63.81	1	.00
	neg. therapeutgevoelens	2	36	38	.77	.35	4.85	1	.03

Binair logistische regressieanalyses, blok 1: sekse, leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, methode enter, blok 2: klachten resp. vragenlijst-schalen resp. profielen resp. indicaties resp. problemen, methode forward conditional.

[T a b e l 7] Voorspellers van de mate van verbetering.

	Voorspeller	Stap	% verklaarde variantie		β	t	p
			van	naar			
Klachten	overige klachten	1	6	8	-.12	-2.23	.03
	verwerkingsproblematiek	2	8	9	.11	1.97	.05
Schalen	SCL-ang	1	6	8	-.13	-2.40	.02
	NVM-psy	1	6	10	-.18	-2.97	.00
	NVM-neg	2	10	11	-.12	-2.05	.04
Indicaties	cognitieve therapie	1	6	8	.21	3.65	.00
	gedragstherapie	2	8	11	.19	3.35	.00
Problemen	vervolgafpraak	1	6	9	-.18	-3.21	.00
Beëindiging	reguliere afsluiting	1	6	42	.63	13.91	.00

Hiërarchische regressieanalyses, blok 1: sekse, leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, methode enter, blok 2: klachten resp. vragenlijst-schalen resp. profielen resp. indicaties resp. problemen, methode stepwise.

91). Van 39 cliënten kon de mate van verbetering niet worden gegeven.

Sociodemografische gegevens

Sekse. Sekse bleek geen rol te spelen in de wijze van afsluiting of in de mate van verbetering.

Leeftijd. De gemiddelde leeftijd bij een reguliere afsluiting was hoger ($M = 38.22$; $SD = 11.38$) dan bij een doorverwijzing ($M = 32.05$; $SD = 8.57$) of bij drop-out ($M = 32.02$; $SD = 9.76$). Dit verschil was significant ($F = 15.20$; $df = 2$; $p = .000$). De mate van verbetering was sterker naarmate men ouder was ($r_s = .16$; $p = .004$).

Burgerlijke staat. Ongehuwden werden vaker doorverwezen ($\text{Chi}^2 = 11.31$; $df = 1$; $p = .001$) en sloten minder vaak hun behandeling op een reguliere wijze af ($\text{Chi}^2 = 10.05$; $df = 1$; $p = .002$). Bij gehuwden/samenwonenden was er vaker sprake van een reguliere afsluiting ($\text{Chi}^2 = 6.38$; $df = 1$; $p = .012$) evenals bij degenen die weduwe of weduwnaar waren ($n = 9$) ($\text{Chi}^2 = 6.04$; $df = 1$; $p = .014$). Gehuwden/samenwonenden werden minder vaak doorverwezen ($\text{Chi}^2 = 10.43$; $df = 1$; $p = .001$).

Opleiding. Cliënten met een universitaire opleiding werden vaker doorverwezen ($\text{Chi}^2 = 5.62$; $df = 1$; $p = .018$).

De verklaarde variantie door sekse, leeftijd, burgerlijke staat en opleiding in een reguliere afsluiting bleek 15% te bedragen, in doorverwijzing 13% en in drop-out 7%.

De verklaarde variantie door deze cliëntkenmerken in de mate van verbetering bedroeg 6%.

Diagnostische gegevens

In tabel 6 zijn de resultaten samengevat. Een *reguliere afsluiting* kwam minder vaak voor bij cliënten met depressieve aanmeldingsklachten, bij hoge scores op een viertal vragenlijstschalen en bij degenen die geen vervolgspraken maakten. Alleen het DTP-profiel narcisme was een positieve voorspeller voor een reguliere af-

sluiting. *Doorverwijzingen* werden minder gezien bij cliënten met systeemproblemen, met psychosomatische aanmeldingsklachten of met verwerkingsproblematiek en minder bij hoge scores op de NVM-extraversieschaal. Ook het DTP-profiel narcisme werd minder gezien bij een doorverwijzing, evenals bij degenen die hun vervolgspraak niet maakten of bij wie van negatieve therapeutgevoelens sprake was. Bij hoge scores op de overige vermelde schalen was er juist sprake van meer doorverwijzingen. Overigens bieden doorverwijzingen geen informatie over het uiteindelijke behandelresultaat. *Drop-out* ten slotte hing samen met hogere scores op de NVM-extraversieschaal, de aanwezigheid van een latent borderline profiel en werd voorspeld door negatieve therapeutgevoelens en, in sterke mate, door het niet maken van een vervolgspraak.

Tabel 7 geeft de *mate van verbetering* weer. Hieruit blijkt dat cliënten met hoge scores op de SCL-schaal Angst en de NVM-schalen Negativisme en Psychopathologie, en cliënten die geen vervolgspraak maakten, significant minder verbeterden. Cliënten met verwerkingsproblematiek toonden meer verbetering, evenals cliënten die een cognitieve therapie of een gedragstherapie geïndiceerd hadden gekregen.

De belangrijkste voorspeller voor de mate van verbetering bleek de wijze van beëindiging te zijn: cliënten die hun behandeling op een reguliere wijze afsloten, bleken significant meer verbeterd te zijn. De verklaarde variantie hierdoor in het behandelresultaat nam toe tot 42%.

Discussie

Een behandeling, ongeacht de gekozen methodiek, staat of valt bij het ‘managen’ van het behandelproces en het in stand houden van een vruchtbare behandelrelatie. Diagnostiek die zich uitsluitend richt op de vaststelling van een classificerende diagnose, gaat aan deze proceskenmerken voorbij, waardoor veel informatie wordt gemist en behandelingen kunnen mislukken.

In deze studie werden de verbanden onderzocht tussen de cliëntgegevens die bij aanmelding bekend waren en het uiteindelijke behandelresultaat. Daarnaast werd in drie tussenliggende stappen nagegaan wat de toegevoegde waarde was van vragenlijstresultaten bij het kiezen van de behandeling, bij het voorspellen van probleemgedrag gedurende de behandeling en bij het voorspellen van het behandelresultaat.

In de eerste stap werd nagegaan welke gegevens een rol speelden bij de indicatiestelling. Het bleek dat sociodemografische kenmerken een aandeel van 8 tot 16% hadden in de indicatiestelling. Vragenlijstresultaten voegden daar enkele procenten aan toe. Niet uitgesloten kan worden dat er bij de indicatiestelling sprake was van vooringenomenheid van de behandelers, maar een realistische inschatting van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënten is eveneens denkbaar. Ook enkele aanmeldingsklachten bleken een significante rol te spelen in indicatiestellingen, soms in combinatie met vragenlijstresultaten. Zo valt op dat bij eenzelfde aanmeldingsproblematiek als zelfbeeldproblemen gekozen werd voor een gedragstherapie wanneer een aantal klachtescores verhoogd waren en voor een cognitieve therapie bij verhoogde scores op meer verankerde persoonlijkheidskenmerken. Het is echter niet vast te stellen of dit een zinvol onderscheid is: bij zowel gedrags- als cognitieve therapie bleek er sprake van een significante verbetering aan het einde van de behandeling, terwijl zelfbeeldproblemen als groep aanmeldingsklachten niet significant verbeterden.

In de tweede stap werd nagegaan welke gegevens probleemgedrag tijdens de behandeling konden voorspellen. Sociodemografische kenmerken bleken voor 5 tot 13% probleemgedrag te kunnen voorspellen. Vragenlijstresultaten verhoogden het percentage verklaarde variantie tot 28%.

In de derde stap werd nagegaan welke gegevens van belang waren in het voorspellen van de wijze van beëindiging van de behandeling en de mate van verbetering. Drop-out kon het minste toegeschreven worden aan sociodemografische kenmerken (7%). Noch klachten,

noch behandelingsmethode bleken een rol te spelen bij drop-out, vragenlijstresultaten daarentegen wel. Reguliere beëindiging en doorverwijzing werden zowel door aanmeldingsklachten als door vragenlijstgegevens voorspeld. Evenzo werd verbetering voorspeld door zowel aanmeldingsklachten en vragenlijstgegevens, als door methodiek, problemen tijdens de behandeling en wijze van afsluiting.

De veronderstelling dat er geen rechtstreeks verband zou bestaan tussen aanvangsvariabelen als sociodemografische kenmerken, aanmeldingsklachten en vragenlijstresultaten enerzijds en de mate van verbetering anderzijds, dient afgezwakt te worden. Het is vooral de leeftijd die een belangrijke voorspeller is van het behandelresultaat, zowel gedefinieerd als de wijze van beëindiging als de mate van verbetering. Samen met sekse, burgerlijke staat en opleiding bleek leeftijd voor 13 tot 15% een reguliere afronding van de behandeling, al dan niet met een verwijzing te kunnen voorspellen, voor 7% een drop-out en voor 6% de mate van verbetering. Vragenlijstresultaten en DTP-profielen verhoogden de verklaarde variantie met 2 tot 8%.

Uit het voorgaande blijkt dat de eerste vraag naar de toegevoegde waarde van vragenlijstresultaten bij het voorspellen van het behandelresultaat bevestigend kan worden beantwoord. Slechts enkele aanmeldingsklachten blijken de wijze van beëindiging van de behandeling rechtstreeks te kunnen voorspellen. Geen enkele behandelingsmethode heeft een voorspellende waarde in de wijze waarop de behandeling beëindigd wordt. De drie vragenlijsten, evenals de DTP-profielen verhogen wel significant het percentage verklaarde variantie. Voor de mate van verbetering geven vooral enkele NVM-schalen een betere voorspelling. Opvallend is dat de behandelingsmethodiek vrijwel geen rol speelt in de mate van verbetering. Cliënten die cognitieve therapie en gedragstherapie krijgen, blijken het meest te verbeteren in behandeling. Alvorens cognitieve gedragstherapie nu als 'best practice' aan te merken is het van belang erop te wijzen dat gedragstherapie vooral wordt geïndiceerd bij vrouwelijke cliënten die aan insufficiëntiegevoelens en interpersoonlijke

sensitiviteit lijden en cognitieve therapie bij jongere cliënten met een hogere opleiding, die vooral een neurotische persoonlijkheidsorganisatie hebben. Het lijkt hier te gaan om een groep die zich kenmerkt door voor behandeling gunstige factoren. Een reguliere afsluiting wordt vooral gezien bij patiënten die voorafgaand aan de behandeling al geen blijk gaven van ernstige manifeste psychopathologie. Voor patiënten met ernstigere psychopathologie lijkt het vooral van belang om bij de indicatiestelling, in de behandelrelatie en tijdens het behandelproces rekening te houden met factoren die een reguliere afsluiting in de weg kunnen staan. Het opmerkzaam zijn op en adequaat hanteren van negatieve therapeutgevoelens en het actief managen van problemen teneinde de continuïteit van de behandeling te waarborgen zijn daarbij essentiële onderdelen.

Zoals uit de beschrijving van stap twee naar voren komt, bleken vooral de vragenlijstresultaten hun waarde te hebben bij het voorspellen van problemen tijdens de behandeling, met uitzondering van negatieve therapeutgevoelens, die uitsluitend door de aanmeldingsklachten werkproblemen en depressie werden voorspeld en betalingsproblemen die in het geheel niet konden worden voorspeld. De tweede vraag naar de meerwaarde van vragenlijstresultaten bij het voorspellen van probleemgedrag kon dan ook bevestigend worden beantwoord. Wat aanmeldingsklachten of behandelmethode betrof, bleek alleen de groep systeemproblemen, waarvoor meestal een systeemtherapie geïndiceerd werd, vaker samen te gaan met het niet geven van toestemming om de huisarts te informeren. Wellicht speelt hierin mee dat de informatie meerdere gezinsleden betreft, wat de drempel mogelijk hoger maakt. Opvallend is dat het vooral de copingstijl (UCL) is die veel informatieve waarde heeft in het vaststellen of zich problemen zullen voordoen. Copingstijlen zoals actief aanpakken, sociale steun zoeken of een passief reactiepatroon kunnen gezien worden als beschermende factoren tegen problemen, terwijl een palliatieve reactie en expressie van emoties juist met meer problemen samengaan. De toegevoegde waarde van de DTP-methode, zoals in de derde vraag genoemd, werd even-

eens bevestigd. De DTP-methode heeft vooral een meerwaarde bij het voorspellen van no-show, het niet nakomen van beloften en drop-out. Het zijn degenen met borderline persoonlijkheidsorganisaties die hierin een risicogroep vormen. De DTP lijkt daarmee een geschikte methode om kwetsbaarheden in de persoonlijkheid te traceren, waarmee in de behandelindicatie, het aangaan van de behandelrelatie en het behandelproces rekening kan worden gehouden. De verruimde betekenis die in de DTP aan de afzonderlijke NVM-schalen wordt toegekend, krijgt in het huidige onderzoek ondersteuning. Waar in de oorspronkelijke handleiding bijvoorbeeld de extraversieschaal als volgt wordt omschreven: “De items uit deze schaal slaan op allerlei vormen van sociale contacten en op een energieke en actieve instelling in deze. [...] Hoogscorders zijn personen die als extravert beschouwd moeten worden; laagscorders zijn niet extravert” (Luteijn & Kok, 1985), wordt bij de DTP onder meer over extraversie gezegd: “Een hoge mate van extraversie hangt dus zowel samen met sociale openheid (bij matig verhoogde scores) als het najagen van intense externe prikkels (bij extreem hoge scores). Er is bij een hoge mate van extraversie vooral sprake van gedragsactivatie en een neiging tot impulsiviteit. Extreem hoge extraversie predisponeert dan ook tot het ontwikkelen van gedrags- en kritiekstoornissen” (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2003, p. 71). Deze laatste interpretatie verklaart, meer dan de eerste, de bevinding dat extraversie positief correleert met no-show en drop-out. Ditzelfde geldt voor de verruimde interpretatie van het begrip ‘verlegenheid’, waarin vooral het vermogen tot gedragsinhibitie en commitment centraal staan. In dit onderzoek bleek verlegenheid negatief gecorreleerd met no-show, het niet geven van toestemming om de huisarts te informeren, het niet maken van een vervolgafpraak en het niet nakomen van beloften. Deze gegevens zijn in overeenstemming met de DTP-interpretatie. Het voorgaande pleit voor de toepassing van theorie in het interpretatieproces en een zorgvuldige stap-voor-stap-interpretatie van alle schalen in hun onderlinge samenhang.

Het antwoord op de vierde vraag luidt dat het niet maken van een vervolgspraak door de cliënt de beste voorspeller blijkt te zijn van een negatief behandelresultaat in de vorm van drop-out, terwijl het op reguliere wijze afsluiten van de behandeling de beste voorspeller is van de mate van verbetering. Het drop-outpercentage in deze studie bedroeg 17%, wat in overeenstemming is met het landelijke gemiddelde van drop-out binnen de eerstelijnspsychologische zorg (LVE-cijfers 2004: 18%). Drop-out wordt, naast een hoge score op extraversie en de aanwezigheid van een latent low level borderline profiel, vooral voorspeld door het niet maken van vervolgspraken en negatieve therapeutgevoelens.

Uit ons onderzoek blijkt dat, met uitzondering van betalingsproblemen en negatieve therapeutgevoelens, alle problemen goed voorspeld kunnen worden uit vragenlijsten, waarbij het combineren van NVM-schalen via de DTP-methode extra informatie biedt. Voor de eerste lijn, waar een goede inschatting of de problematiek in een kortdurende, klachtgerichte benadering adequaat behandeld kan worden dan wel of het niet beter is te kiezen voor een verwijzing naar de tweede lijn, is dit zeer relevant.

Een tekortkoming van de studie is dat het onderzoek is gebaseerd op de gegevens van slechts vier psychologen binnen een enkele eerstelijnspraktijk, waardoor de resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden. Ook zijn problemen niet altijd systematisch vastgelegd in de dossiers. Er dient dan ook rekening gehouden te worden met een fors aantal 'false negatives'. Bij het scoringsysteem van de LVE zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Hoewel aanmeldingsklachten wel werden vastgelegd, werd de door de hulpverlener gediagnosticeerde klacht in de vorm van een DSM IV-classificatie niet gevraagd. Voorts bestond er geen toelichting bij het LVE-codeformulier, waarin bijvoorbeeld de diverse behandelingen werden geoperationaliseerd. Wel werd aangegeven dat het ging om interventies die *voornamelijk* tot de betreffende methode behoorden. De keuze werd vooral pragmatisch gemaakt: wanneer bijvoorbeeld het accent lag

op de meer gedragstherapeutische technieken als exposure en oefeningen in vivo, werd de behandeling als gedragstherapeutisch aange-merkt; wanneer vooral het uitdagen van gedachten en de socratische dialoog centraal stonden, werd de behandeling cognitief genoemd. Ook op de subjectieve wijze waarop het behandelresultaat in de vorm van de mate van verbetering werd vastgesteld, valt het een en ander af te dingen. Een en ander heeft inmiddels geleid tot verbeterde en meer uitgebreide gegevensvastlegging in dossiers.

Doordat er zeer veel statistische toetsen op het materiaal zijn uitgevoerd, kunnen sommige daarvan bij toeval significant zijn uitgevallen. Aangezien het merendeel van de toetsen een p-waarde laat zien die lager is dan 0.01, zullen de meeste significante verbanden echter niet verdwijnen, ook niet bij toepassing van een zeer strenge Bonferroni-correctie. Replicatie van dit onderzoek met nieuw materiaal is dan ook wenselijk, waarbij data verzameld worden in meerdere praktijken en nauwkeurig omschreven probleemvariabelen meer expliciet worden geregistreerd. Naar verwachting zal dit de diagnostiek verder kunnen verfijnen.

N Noot

1. De LVE is de eerste beroepsvereniging die systematisch jaarlijks cliënt- en behandelgegevens van haar aangesloten leden inventariseert. Inmiddels is deze aanlevering van gegevens verplicht gesteld voor de herregistratie als eerstelijnspsycholoog.

L Literatuur

- Ahn, Hyun-Nie, & Wampold, B.E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Asay, T.P., & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative

- findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington: American Psychological Association.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Brown, J., Dreis, S., & Nace, D.K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 389-406). Washington: American Psychological Association.
- Derisley, J., & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 371-382.
- Derksen, J., Vendrig, L., Egger, J., De Mey, H., & Saschowa, M. (2004). De NVM in relatie tot de MMPI-2. *De Psycholoog*, 39, 357-362.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M. Influence of a Christian orthodox religious upbringing and present orthodoxy on DSM-IV cluster B personality disorders and structural borderline personality pathology. *Submitted*
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Koelen, J.A. (2007). De Somatisatie-Ernstige Psychopathologie combinatie binnen de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM: Somatisatie als affectregulator en maat voor sociale (in)competentie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 37(2), 107-122.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Luyten, P., & Snellen, W.M. Validation of the theory driven profile interpretation of the Dutch Short form of the MMPI using the TAT Social Cognition and Objectrelations Scale (SCORS). *Under review*
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Onnink, A., Williams, M., & Snellen, W.M. (2007). A new approach to the assessment of structural personality pathology. Theory driven profile interpretation of the Dutch Short Form of the MMPI. *New Ideas in Psychology*, in druk. Vanaf 1 mei 2007 online beschikbaar.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (red.) (2003). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Eurelings-Bontekoe, E., & Snellen, W. (2004). Theoriegestuurde multidimensionele multitraitdiagnostiek. Theorie en relevantie voor de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30(6), 397-413.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2005a). Dupliek op het kritische commentaar van Jaspers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31(1), 59-66.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2005b). Theoriegestuurd en contextueel. Replik op Smid en Kamphuis. *De Psycholoog*, 40(4), 193-197.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2005c). Reactie op de discussie over de NVM-profielinterpretatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31(4), 315-318.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Snellen, W.M., Verschuur, M.J., & Bosch, M. (2005). Een aanzet tot constructvalidering van de profielinterpretatie van de Nederlandse verkorte MMPI (NVM). Een onderzoek met behulp van de TAT. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31(1), 29-49.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Ter Laak, J. (1996). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum/Amsterdam: NIP.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., Pierò, A., & Rovera, G.G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 200-206.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., pp. 190-228). New York: Wiley.
- IJssennagger, M. (2007). *Dynamic personality assessment. Association between profiles derived from the Dutch Short Form of the MMPI and Young's schema's and schemamodi*. Masterthesis Universiteit Leiden, sectie Klinische Psychologie.
- Jaspers, J.P.C. (2005). Constructvalidering van de NVM-profielinterpretatie: fundering of drijfzand? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31(1), 50-58.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven/London: Yale University.

- Kok, E., & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2007). NVM en Autisme Spectrum Stoornissen. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Autisme*, 1, 34-42.
- Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M.J., & Asay, T.P. (1984). Patient characteristics and their relationship to psychotherapy outcome. In M. Herson, L. Michelson, & A.S. Bellack (Eds.), *Issues in psychotherapy research* (pp. 313-359). New York: Plenum Press.
- Luteijn, F., & Kok, A.R. (1985). *NVM, Nederlandse Verkorte MMPI, herziene handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *Journal of American Medicine Association*, 3-13, 1693.
- Messer, S.B., & Wampold, B.E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25.
- Nathan, P.E. (2004). The evidence base for evidence-based mental health treatments: Four continuing controversies. *Brief Treatment and Crisis Intervention Vol. 4*, 3, 243-254.
- Nathan, P.E., Stuart, S.P., & Dolan, S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charibdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.
- Novak-Grubic, V., & Tavcar, R. (2002). Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *European Psychiatry*, 17(3), 148-154.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., pp. 270-378). New York: Wiley.
- Perry, J.C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Schreurs, P.J.G., Van de Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Herziene handleiding 1993*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Smid, W., & Kamphuis, J.H. (2005). Bedenkingen bij de dynamisch-theoriegestuurde profielinterpretatie. *De Psycholoog*, 40(2), 71-75.
- Smith, T.E., Koenigsberg, H.W., Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., & Selzer, M.A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213.
- Snellen, W.M., & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2005). Terug naar af of stap voorwaarts? Reactie op Derksen. *De Psycholoog*, 40(9), 462-464.
- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L., & Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 209-214.
- Van Dam, A., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Luyten, P., Van Tilburg, C., Verhulst, W., & De Heus, P. Structural diagnosis using Dutch Short form of MMPI profiles predicts drop out from short term cognitive behavioral group therapy for axis I disorders. *Submitted*.
- Young, A.S., Grusky, O., Jordan, D., & Belin, T.R. (2000). Routine outcome monitoring in a public mental health system: The impact of patients who leave care. *Psychiatric Services*, 51, 85-91.

S Summary

The files of 369 primary mental health care patients were searched for predictors of therapy indication, problems during therapy and therapy outcome. Results indicate that therapy outcome is not only associated with the method of therapy, but also with process variables such as patients' commitment and therapeutic alliance. Negative countertransference feelings and discontinuity of the sessions are predic-

tors of dropout, whereas a lack of continuity also predicts a less favourable therapy outcome. The capacity of the therapist to manage problems and counter-transference feelings is especially important in working with patients with more severe psychopathology. The use of self-report inventories of psychopathology, personality and coping style is of diagnostic value in predicting problems arising during therapy.

P Personalia

Drs. R.M. Mosterman (Ineke) is klinisch psycholoog in opleiding en werkzaam in een vrijgevestigde praktijk. Correspondentieadres: Bloemendalstraat 5, 8011

PJ Zwolle. E-mail: i.mosterman@psychologenpraktijkelf.nl.

Dr. E.H.M. Eurelings-Bontekoe (Liesbeth) is universitair hoofddocent aan de Sectie Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Leiden. Correspondentieadres: Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden. E-mail: eureling@fsw.leidenuniv.nl.

Prof. dr. W.K.B. Hofstee (Willem) is emeritus hoogleeraar psychologie. Correspondentieadres: Rijksuniversiteit Groningen, Heymans Instituut, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: w.k.b.hofstee@rug.nl.