



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Een groepsgewijze cognitief gedragstherapeutische training voor heterogene groepen met milde klachten

Karin Folkers, Elske Bos en Martin Appelo

---

**SAMENVATTING** Groepsgewijze cognitieve gedragstherapie (CGT) blijkt uit literatuuronderzoek even effectief als individuele CGT. Om wachttijden en wachttijden te bekorten is een groepsgewijze CGT opgezet voor heterogene groepen patiënten met milde klachten. Hierbij wordt gebruikgemaakt van basale cognitief-gedragstherapeutische technieken zoals exposure en het uitdagen en herformuleren van gedachten. Ook de schema's van Young komen aan bod. Door middel van een pilotonderzoek naar het effect van deelname aan deze groepsgewijze CGT voor heterogene groepen is nagegaan of gecontroleerd onderzoek hiernaar geïndiceerd is. Het effect van deelname hieraan werd onderzocht met betrekking tot klachten, kwaliteit van leven, geluk, klanttevredenheid en ziekteverzuim. Deelname aan deze groepsgewijze CGT lijkt een positief effect te hebben op alle onderzochte variabelen. Een gecontroleerd onderzoek naar het effect van genoemde training bij patiënten met milde (angst- en stemmings)klachten is dus geïndiceerd.

---

## Inleiding

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een van de meest gegeven behandelvormen binnen de GGZ en uit veel publicaties blijkt dat het een effectieve therapievorm is (zie bijvoorbeeld Lambert & Ogles, 2004). Steeds meer mensen met psychische klachten doen een beroep op de GGZ en daarom bestaan er vaak lange wachttijden of wachttij-

DRS. K. FOLKERS is Gz-psycholoog, in opleiding tot Klinisch Psycholoog en inhoudelijk teamleider bij Lentis, zorggroep Welnis te Delfzijl. E-mail: k.folkers@lentis.nl.

DR. E.H. BOS is bioloog/filosoof en senior onderzoeker bij Lentis te Groningen en postdoc bij het Universitair Medisch Centrum Groningen.

DR. M.T. APPELO is Gz-psycholoog/gedragstherapeut, senior onderzoeker bij het Behouden Huys in Haren en het Centrum voor Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen, en docent bij Cure & Care Development in Arnhem en de afdeling Psychologie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

den voordat iemand met therapie kan beginnen (persbericht GGZ, 2003). Groepsbehandeling is een geschikte manier om hier iets aan te doen (Morrison, 2001). Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat groepsgewijze CGT meestal hetzelfde effect op klachten heeft als individuele CGT (Folkers, Van Rijn, & Appelo, 2007). Daarnaast heeft een groepsbenadering specifieke voordelen zoals aanvaard worden door anderen, erkenning en herkenning (universaliteit), leren van voorbeeldgedrag en feedback van anderen en zelfonthulling (De Haas, 2008). Een groep biedt patiënten voorts de gelegenheid in een veilige omgeving te oefenen met nieuwe cognities en vaardigheden (Boeting, Ferdinand, Barrett, & Dadds, 2002).

Er wordt vaak beweerd dat groepsgewijze CGT goedkoper is dan individuele therapie. Het onderzoek hiernaar is echter vaak onduidelijk van opzet en de resultaten zijn wisselend en soms tegenstrijdig. Dit heeft onder meer te maken met de wisselende manier waarop kosten gemeten zijn (Bastien, Morin, Ouellet, Blais, & Blouchar, 2004; Tucker & Oei, 2007).

Een interessante onderzoeksbevinding is dat groepsgewijze cognitieve gedragstherapie in groepen met verschillende soorten angststoornissen even effectief is als in groepen waarin alle deelnemers precies dezelfde diagnose hebben (Lumpkin, Silverman, Weems, Markham, & Kurtines, 2002; Norton & Hope, 2005). Voordeel van zo'n opzet is dat het de wachttijden nog korter maakt dan wanneer het een groepsbehandeling voor patiënten met dezelfde diagnose betreft. Groepen met heterogene diagnoses stromen immers sneller vol. Ook concluderen Norton, Hayes en Hope (2004) en Erickson (2003) dat in gemengde gedragstherapeutische groepsbehandelingen voor verschillende soorten angststoornissen niet alleen de angstklachten, maar ook depressieve klachten afnemen, ook al was dat niet het directe doel van de behandeling. Bekend is dat de comorbiditeit tussen angst- en stemmingsklachten sowieso groot is (zie bijvoorbeeld Moffitt et al., 2007; Tillfors, El-Khoury, Stein, & Trost, 2009). Angstige mensen voelen zich dus vaak ook somber en sombere mensen zijn vaak ook wat angstig.

Gegeven de voordelen van groepsbehandeling ontwikkelden wij 'Je gedachten en gevoelens de baas', een groepsgewijze cognitief-gedragstherapeutische training waaraan patiënten met verschillende soorten milde (met name angst- en stemmings)klachten kunnen deelnemen. Dit artikel beschrijft een baselinegecontroleerde pilotstudie naar het effect van deze training op klachten, kwaliteit van leven, geluk, klanttevredenheid en werkverzuim.

### 'Je gedachten en gevoelens de baas'

De training bestaat uit acht bijeenkomsten van twee uur. De groepen bestaan uit maximaal tien deelnemers. Inhoudelijk is de training er vooral op gericht deelnemers de basisprincipes en technieken van cognitie gedragstherapie bij te brengen. Patiënten krijgen zicht op de invloed van gedachten op gevoelens en hoe deze gedachten (en dus ook gevoelens) vervolgens kunnen worden veranderd door uitdagen, realiteitstoetsen en herformuleren. Het maakt daarbij niet uit of het bijvoorbeeld gaat om angstklachten waaraan angstige gedachten ten grondslag liggen, of depressieve klachten waarbij depressieve gedachten een rol spelen; het principe van uitdagen en herformuleren blijft steeds hetzelfde.

Tussen de bijeenkomsten door dienen de deelnemers iedere dag ongeveer een half uur tijd te besteden aan het maken van huiswerkopdrachten, waaronder het invullen van analyseschema's (de bekende G-schema's). Wekelijks wordt het huiswerk besproken in de groep (en soms ook in subgroepjes) en iedereen kan wekelijks twee analyseschema's bij de trainer inleveren die ze nakijkt en de week erop, voorzien van feedback, teruggeeft. Ook wordt er in de groep zowel plenair als in subgroepjes geoefend met bijvoorbeeld analyseschema's en het herkennen van denkfouten. Naast aandacht voor irrationele gedachten wordt er in de training kort stilgestaan bij inadequaat gedrag en er wordt met iedere patiënt besproken hoe hij dit kan veranderen door bijvoorbeeld stapsgewijs vermijdingsgedrag en/of passiviteit te verminderen en te experimenteren met nieuw gedrag. De patiënten maken daarvoor individueel een actieplan dat later in de training wordt geëvalueerd.

Omdat patiënten vaak aangeven te willen begrijpen hoe het komt dat ze op een bepaalde, steeds terugkerende, manier denken (en voelen en doen) wordt er inhoudelijk in de training gewerkt met de schema's en schemaprocessen zoals geformuleerd door Young (Van Vreeswijk & Broersen, 2006; Young & Pijnaker, 1999; Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Er wordt uitleg gegeven over de verschillende basisbehoeften, schemadomeinen en schema's (onder andere met behulp van oefeningetjes aan de hand van cartoons). Patiënten vullen vervolgens thuis een schemavragenlijst in en bespreken de resultaten daarvan tijdens de volgende bijeenkomst. Doel hiervan is dat de patiënten meer inzicht krijgen in de oorsprong van hun kerncognities, gevoelens en gedrag. Ook wordt er stilgestaan bij de werking van de verschillende schemaprocessen (schemabevestiging, schemavermijding en schemacompensatie), zodat de deelnemers zicht krijgen op hun copingstrategieën en gestimuleerd worden bepaald gedrag en/of bepaalde inadequate copingstrategieën te veranderen. De verwachting is niet dat gedurende deze korte training de schema's echt veranderen,

maar dat kennis van de eigen schema's en schemaprocessen handvaten biedt en tot toename van inzicht in het eigen functioneren leidt.

In kader 1 is de inhoud van de sessies samengevat.

### **Kader 1**

Overzicht inhoud van de training 'Je gedachten en gevoelens de baas' per sessie

#### Sessie 1

- Kennismaking en inventarisatie persoonlijke doelen
- Presentatie van de cognitieve methode en de werkwijze van de training
- Gebeurtenissen, gedachten en gevoelens leren onderscheiden en beschrijven

#### Sessie 2

- Leren identificeren van disfunctionele automatische gedachten
- Denkfouten leren herkennen

#### Sessie 3

- Leren onderzoeken van de (disfunctionele) automatische gedachten en het leren formuleren van meer realistische gedachten

#### Sessie 4

- Identificeren van eigen kernopvattingen en gebruik leren maken van hulpkaartjes

#### Sessie 5

- Kennismaking met de basisbehoeften, schemadomeinen en de schema's volgens Young

#### Sessie 6

- Eigen schema's herkennen aan de hand van de thuis ingevulde schemavragenlijst

- Bespreking schemaprocessen

#### Sessie 7

- Inventarisatie eigen ongewenst gedrag versus meer gewenst gedrag
- Opstellen persoonlijk actieplan

#### Sessie 8

- Evaluatie actieplan (tot dusver)
- Evaluatie persoonlijke doelen en opstellen aandachtspunten
- Evaluatie training als geheel

### Methode

#### *Deelnemers*

Er deden in totaal 35 mensen aan de training en het onderzoek mee. Zij waren verdeeld over vier groepen waaraan respectievelijk 10, 9, 8 en 8 patiënten deelnamen.

Het ging om ambulante behandelde patiënten met relatief milde psychische klachten. Inclusiecriteria waren:

- een GAF-score hoger dan 60;
- diagnoses: depressie, dysthyme stoornis, aanpassingsstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, hypochondrie, sociale fobie, identiteitsproblematiek volgens de criteria van de DSM-IV-TR (APA 2001, 2003);
- leeftijd: ouder dan 18 jaar;
- spreken en begrijpen van de Nederlandse taal;
- instemming met informed consent en schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek.

Exclusiecriteria waren:

- lopende behandeling (regulier, alternatief of complementair) met uitzondering van medicatie, mits deze minstens vier weken voor de eerste meting is gestart;
- aangetoonde zwakbegaafdheid;
- acuut gevaar voor zelf of omgeving / onvrijwillige behandeling;
- als er naast de eerdergenoemde diagnoses ook sprake is van een:

- psychotische stoornis;
- manifeste verslaving;
- neuropsychiatrische stoornis;
- persoonlijkheidsstoornis.

Aan patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria, werd gevraagd of ze op korte termijn wilden deelnemen aan de groepsgewijze training of dat ze liever wilden wachten op een individuele cognitieve gedragstherapie waarvoor een wachtlijst bestond. Ook waren er patiënten die zichzelf aanmeldden voor de training, omdat ze er een folder over hadden gelezen of er over hadden gehoord via bekenden die eerder hadden deelgenomen.

Van de 35 deelnemers hadden er 13 een angststoornis (5 sociale fobie, 5 gegeneraliseerde angststoornis, 2 hypochondrie, 1 specifieke fobie) en 5 een stemmingsstoornis (2 depressieve stoornis, 3 dysthyme stoornis). Voorts was er een relatief grote groep gediagnosticeerd met een aanpassingsstoornis (4 met depressieve kenmerken, 5 met angst, 2 met angst en depressieve kenmerken en 2 niet gespecificeerd) en hadden 4 patiënten een identiteitsprobleem.

Tabel 1 geeft de belangrijkste kenmerken van de deelnemende patiënten weer.

Tabel 1. Demografische gegevens: verschillen tussen drop-outs en patiënten die de training afmaakten.

		Patiënten die de training afmaakten (n = 29) n / m (sd)	Drop-outs (n = 6) n / m (sd)	$\chi^2$	t	p
Sekse	man	7	3	1.63		.32
	vrouw	22	3			
Leeftijd		35.9 (9.2)	39.0 (17.0)		-0.65	.52
Opleiding	lager dan mbo	13	0	4.28		.06
	mbo en hoger	16	6			
Vaste partner	ja	25	5	.03		1.00
	nee	4	1			
Woonsituatie	met partner en kinderen	18	4	.05		1.00
	anders	11	2			
Diagnose as I	angst of depressie	14	4	0.67		.66
	aanpassing of identiteit	15	2			
Ziekte duur in jaren		3.8 (5.5)	5.8 (6.0)		-0.80	.43
Psychofarmacagebruik	ja	18	3	.30		.66
	nee	11	3			
Dagactiviteit	betaald werk	16	2	.95		.40
	anders	13	4			

### *Meetmomenten en meetinstrumenten*

Het gaat om een onderzoek met vier meetmomenten. De deelnemers vulden vragenlijsten in aan het begin van de wachtperiode (T = 1), aan het begin van de training (T = 2), aan het einde van de training (T = 3) en tien weken na de training (T = 4). De wachtperiode duurde gemiddeld vier weken.

Klachten werden gemeten met de Symptom Checklist (SCL-90-R; Arrindell & Ettema, 2003) op acht verschillende dimensies: angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, insufficiëntie van denken en handelen, slaapproblemen en hostiliteit. Het betreft een veelgebruikte, psychometrisch goed onderzochte zelfbeoordelingvragenlijst, die naast deze acht dimensies ook een algemene maat geeft voor het psychoneurotisch-somatisch niet-welbevinden (psychoneuroticisme).

Kwaliteit van leven, geluk, klanttevredenheid en werkverzuim werden gemeten met onderdelen van de zogenaamde 4K's, een instrument voor Routine Outcome Assessment in de GGZ, dat is ontwikkeld door Huijbrechts, Appelo, Korrelboom en Van der Heiden (2009).

Kwaliteit van leven werd gemeten met drie vragen die zijn gebaseerd op de Sheehan Disability Scale (SDS; Sheehan, 2000; Sheehan, Harnett-Sheehan, & Raj, 1996). Dit is een betrouwbare en valide vragenlijst die vraagt naar de invloed van de klachten op werk en dagactiviteiten, sociaal functioneren en relatie/gezin.

Geluk werd gemeten met de Happiness Index (Abdel-Khalek, 2006; Veenhoven, 2002). Dit is een betrouwbare en valide schaal waarop iemand aangeeft hoe gelukkig hij of zij de laatste maand was.

Klanttevredenheid werd bepaald door de som van rapportcijfers voor de manier waarop de deelnemer zich door de behandelende instelling bejegend voelt, het (voorlopige) resultaat of het effect van de behandeling, de therapeut, behandelaar of trainer, en of de patiënt deze instelling, behandeling of training zou aanraden aan mensen met soortgelijke klachten als waarvoor hij of zij wordt behandeld.

Werkverzuim werd gemeten met het aantal dagen dat patiënten naar eigen zeggen ten gevolge van hun psychische klachten niet aan het arbeidsproces konden deelnemen.

Voor de klinische relevantie van de scores hebben we de normen gebruikt voor ambulante/poliklinische psychiatrische patiënten (Arrindell & Ettema, 2003; Huijbrechts et al., 2009).



### *Statistische verwerking*

Er is gebruikgemaakt van linear mixed models met herhaalde metingen, waarbij de uitkomsten op de vier verschillende meetmomenten de herhaalde metingen zijn. Bij deze analysetechniek wordt rekening gehouden met het feit dat de verschillende metingen bij een individu gecorreleerd zijn. Ook met eventuele groepsafhankelijkheid van de data kan rekening gehouden worden.

Eerst werd gekeken naar het overalffect van tijd over alle vier de metingen. Vervolgens werden paarsgewijze vergelijkingen gedaan tussen de uitkomsten op de opeenvolgende meetmomenten om te kijken over welke van de tijdsintervallen het effect significant is. Het aantal ziektedagen werd geanalyseerd met behulp van 'generalized estimating equations' (GEE). Ziektedagen worden hierbij volgens een Poisson-verdeling gemodelleerd. Dit werd gedaan omdat het aantal ziektedagen erg scheef verdeeld is. Omdat er veel toetsen werden gedaan, is ervoor gekozen een Bonferroni-correctie toe te passen (p-waarde delen door het aantal toetsen, 37 stuks). Het gevolg hiervan is dat de  $\alpha$  naar beneden wordt bijgesteld en een conservatieve p van 0.001 als significantieniveau wordt gehanteerd. De groepsafhankelijkheid van de data werd in de modellen verdisconteerd door een random intercept voor groep mee te modelleren. Omdat dit random groepseffect in geen van de modellen significant iets toevoegde, is deze er in de uiteindelijke modellen weer uitgehaald.

### Resultaten

#### *Drop-out*

Van de 35 patiënten die met de training zijn gestart, maakten er 29 de volledige training af. Er zijn dus zes drop-outs (17%): drie mensen startten na de voormeting niet met de training (één persoon was te angstig, één had bij nader inzien bezwaar tegen het onderzoek en van één persoon is de reden onbekend). Drie mensen haakten halverwege de training af (twee personen vanwege een nieuwe baan, één persoon vanwege onvrede met de training). Om na te gaan of de zes drop-outs zich onderscheiden van patiënten die de training afmaakten ( $n = 29$ ), werden met behulp van de Fisher's Exact Test voor nominale variabelen en de t-test voor niet-nominale variabelen de verschillen in demografische variabelen getoetst (zie tabel 1). Om te komen tot een zinvolle vergelijking hebben we bij de diagnose twee groepen gemaakt; deelnemers met een angst- of stemmingsstoornis en deelnemers met een aanpassingsstoornis of identiteitsprobleem. Er bleek

alleen een trendmatig opleidingsverschil te bestaan: de drop-outs zijn hoger opgeleid dan de patiënten die de training afmaakten.

#### Casus

Trees is een 35-jarige vrouw met vooral sociaal-fobische klachten. Ze is altijd al wat verlegen geweest, maar na de geboorte van haar drie kinderen vermijdt ze het liefst sociale situaties omdat ze nogal is aangekomen, waar ze zich erg voor schaamt. Ze durft niet naar een sportschool te gaan en op haar werk – ze is administratief medewerkster – kruipt ze ook steeds meer in haar schulp.

Aanvankelijk durft Trees in de training niet veel te zeggen, maar dat verandert wanneer ze een eigen analyseschema plenair bespreekt en daar veel steunende reacties op krijgt van de andere groepsleden. Het identificeren, onderzoeken en herformuleren van haar gedachten heeft ze snel onder de knie, wat onder meer blijkt uit de door haar ingeleverde analyseschema's. Ze blijkt vooral veel voor anderen te denken en dingen snel op zichzelf te betrekken. Haar kerngedachten zijn: 'ik ben lelijk' en 'ik ben waardeloos'. Ze merkt dat het gebruik van door haarzelf gemaakte hulpkaartjes met 'ik mag er zijn' en 'ik ben de moeite waard' goed werkt. Opvallend is dat Trees er na de vierde sessie anders uit gaat zien. Ze heeft haar haar laten verven en knippen en ook haar kleding is modieuzer. De groep reageert daar heel enthousiast op. Ze neemt steeds vaker het initiatief zelf iets te vertellen in de groep en te reageren op anderen.

Trees is erg geïnteresseerd in de uitleg over de schema's en schemaprocessen van Young en herkent bij zichzelf na invulling van de schemavragenlijst vooral de schema's 'Tekortschieten/schaamte' en 'Sociale ongewenstheid'. Ze zegt het confronterend te vinden te ontdekken dat deze schema's een rol spelen in haar leven, maar hierdoor vallen naar haar idee de dingen wel op hun plek. Dit ervaart ze als een verrijking.

Tijdens de inventarisatie van ongewenst gedrag komt met name haar vermijding van sociale situaties naar voren, maar ze merkt daarbij op dat dit sinds het begin van de training al aanmerkelijk is verbeterd. Ze neemt zichzelf voor ook wat meer aan sport te gaan doen.

Tijdens de laatste bijeenkomst geeft ze te kennen dat haar sociale angstklachten nagenoeg verdwenen zijn. Trees heeft inmiddels een paar leuke contacten gelegd met andere moeders die ze tegenkomt bij de peuterspeelzaal. Tijdens de follow-upmeting vertelt ze vijf kilo te zijn afgevallen, doordat ze inmid-

dels drie keer per week naar de sportschool gaat. Iets wat ze eerder voor onmogelijk had gehouden. Ook heeft ze op haar werk een andere functie aangeboden gekregen, die ze overweegt aan te nemen. Ze zegt nog af en toe een analyseschema in te vullen, maar meestal is dat niet nodig, want, zoals ze zegt: 'Het gaat nu vanzelf, in mijn hoofd.'

### Resultaten van de training

*Tabel 2. Uitkomsten per meetmoment (n = 29).*

Uitkomstmaat	T1		T2		T3		T4	
	mean	(s.d.)	mean	(s.d.)	mean	(s.d.)	mean	(s.d.)
Klachten (SCL-90-R)								
Agorafobie	12.1	(5.6)	12.0	(5.8)	9.2	(2.9)	8.6	(2.1)
Angst	20.6	(8.0)	20.1	(8.3)	15.3	(4.8)	13.8	(3.8)
Depressie	39.2	(11.3)	36.0	(11.3)	27.2	(8.2)	25.6	(6.8)
Somatisatie	24.0	(8.9)	23.5	(9.2)	18.7	(7.4)	18.0	(6.0)
Insufficiëntie	21.1	(6.4)	20.5	(7.2)	16.1	(5.2)	15.8	(5.2)
Wantrouwen	40.1	(14.0)	39.6	(12.5)	31.2	(9.3)	27.6	(6.7)
Hostiliteit	10.4	(4.0)	10.3	(3.5)	8.1	(2.4)	8.1	(1.9)
Slapen	6.4	(3.3)	6.6	(3.2)	5.6	(2.9)	5.0	(2.9)
Psychoneuroticisme	190.9	(55.3)	184.4	(53.8)	144.7	(38.0)	134.8	(29.0)
Kwaliteit van leven	13.3	(6.4)	16.2	(7.1)	20.7	(5.6)	19.7	(6.8)
Geluk	4.8	(2.0)	5.6	(1.9)	6.9	(1.4)	6.5	(1.7)
Dagen ziekteverzuim	4.4	(7.6)	3.0	(7.8)	0.5	(1.5)	0.8	(2.9)
Mediaan*	0		0		0		0	
Klanttevredenheid					33.0	(3.3)	32.5	(3.7)

\* Mediaanvermelding i.v.m. de scheve verdeling, de meeste mensen scoren nul. N.B.: voor T4 geldt n = 27.

Aangezien de onderzoeksgroep aan de kleine kant was, is ervoor gekozen niet per specifieke diagnose na te gaan wat het effect van de training is. Dat zou overigens ook ten koste gaan van de overzichtelijkheid en bovendien gaat het ons niet zozeer om het effect van de training op bepaalde stoornissen maar op relatief milde klachten. In tabel 2 staan de uitkomsten per meetmoment weergegeven. Over het gehele onderzoekstraject gezien namen de klachten af. Het overalltijds-effect voor de totaalscore van de SCL-90-R, psychoneuroticisme, is significant ( $F_{3, 85} = 27.2, p = 0.000$ ). Ook op alle subschalen van de SCL-90-R is er een significante afname te zien ( $p < 0.001$ ). Verder is er een significante toename in kwaliteit van leven ( $F_{3, 85} = 14.9, p =$

0.000) en geluk ( $F_{3, 85} = 14.4$ ,  $p = 0.000$ ). Ook de ziekteverzuimdagen nemen af (Wald  $\chi^2(3) = 18.9$ ,  $p = 0.000$ ). Wat betreft de klanttevredenheid is er geen overalltoets gedaan, want deze variabele is alleen gemeten bij T3 en T4.

Tabel 3. Verschillen tussen opeenvolgende fasen ( $n = 29$ ).

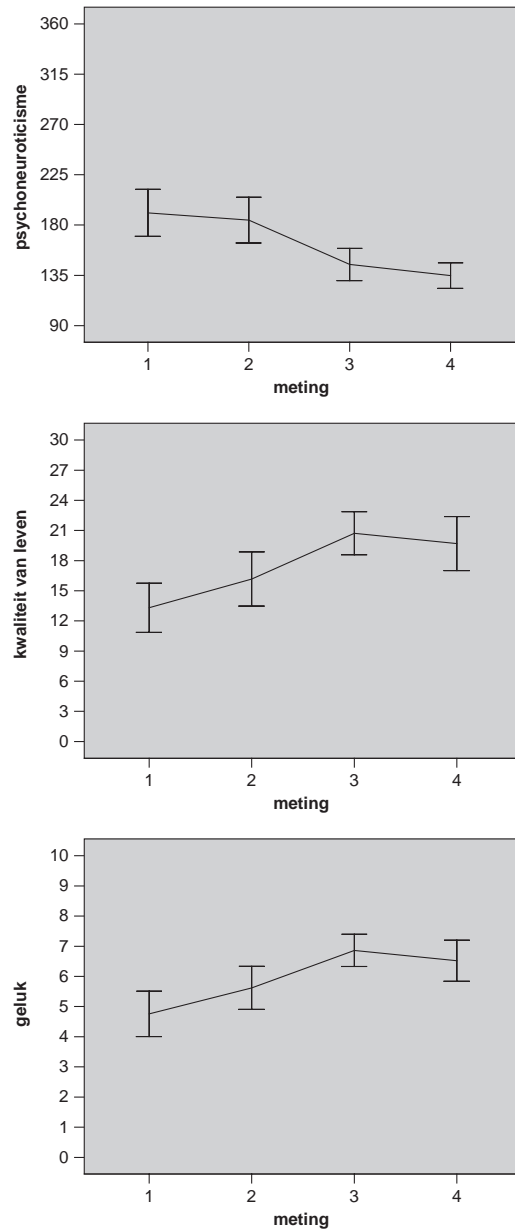
Uitkomstmaat	Verschil T2 – T1		Verschil T3 – T2		Verschil T4 – T3	
	mean diff.	p	mean diff.	p	mean diff.	p
Klachten (SCL-90-R)						
Agorafobie	-0.07	0.923	-2.79	<b>0.000</b>	-0.60	0.410
Angst	-0.41	0.708	-4.86	<b>0.000</b>	-1.33	0.240
Depressie	-3.18	0.058	-8.75	<b>0.000</b>	-1.41	0.407
Somatisatie	-0.50	0.689	-4.81	<b>0.000</b>	-1.09	0.395
Insufficiëntie	-0.55	0.556	-4.45	<b>0.000</b>	-0.11	0.908
Wantrouwen	-0.59	0.739	-8.40	<b>0.000</b>	-2.58	0.155
Hostiliteit	-0.17	0.743	-2.17	<b>0.000</b>	0.29	0.592
Slapen	0.21	0.615	-1.03	0.014	-0.60	0.157
Psychoneuroticisme	-6.47	0.381	-39.73	<b>0.000</b>	-8.08	0.285
Kwaliteit van leven	2.86	0.023	4.55	<b>0.000</b>	-1.06	0.403
Geluk	0.86	0.016	1.24	<b>0.001</b>	-0.34	0.346
Dagen ziekteverzuim	-1.40	0.075	-2.52	0.072	0.35	0.583
Klanttevredenheid					-0.45	0.357

Geschatte verschillen op basis van lineair mixed models.

Ziekte-dagen getoetst als count data met generalized estimating equations.

Vet gedrukt: significante resultaten (bij een significantieniveau van 0.001).

Als gekeken wordt in welke periode de grootste verandering optreedt, is duidelijk dat dit gebeurt ten tijde van de training (verschil T3 – T2; zie tabel 3). Op alle uitkomsten, behalve slaapproblemen en ziekte-dagen, treedt in deze periode een significante verbetering op. Tijdens de baselineperiode blijven de scores op de meeste variabelen vrij stabiel, hoewel kwaliteit van leven en geluk al wel iets, echter net niet significant, verbeteren (zie voor een uitgebreid overzicht tabel 3 en figuur 1).



Figuur 1. Scoreverloop voor (a) psychoneuroticisme (range 90-450); (b) kwaliteit van leven (range 0-30); (c) geluk (range 0-10). Gemiddelden met 95% betrouwbaarheidsintervallen. De training vindt plaats tussen meetmoment 2 en 3.

Tijdens de training werd benadrukt dat het van belang is de geleerde technieken te blijven toepassen en tijdens de laatste reguliere bijeenkomst werd besproken hoe de deelnemers kunnen blijven doorgaan met onder meer het toetsen van hun gedachten door bijvoorbeeld regelmatig een analyseschema te blijven invullen. Daarom werd een verdere afname van de klachten verwacht na afronding van de training, wat gemeten werd tussen T3 en T4. Alle scores op de SCL-90-R blijken, met uitzondering van hostiliteit, verder af te nemen. Deze verdere afname is echter niet significant, maar heeft wel invloed op de effect sizes (Cohen's d), die verder toenemen (zie tabel 4). Dit is van belang om te noemen, omdat het langeretermijneffect van de training uiteindelijk het belangrijkste is. De scores op kwaliteit van leven en geluk blijken echter weer iets (echter niet significant) af te nemen na de training en het gemiddelde aantal ziekte-dagen neemt ook weer (licht) toe.

Na deelname aan de training (inclusief de follow-up-bijeenkomst) gaven 21 van de 29 patiënten (72%) aan geen hulpvraag meer te hebben, waardoor het contact met de GGZ kon worden afgesloten. Acht mensen (28%) gaven aan prijs te stellen op aanvullende gesprekken bij hun verwijzend hulpverlener, waar zij mogelijk nog een vervolgbehandeling kregen.

Tabel 4. De verschillende effect sizes per fase ( $n = 29$ ).

Uitkomstmaat	Vershil T3 – T2 Cohen's d	Vershil T4 – T3 Cohen's d	Vershil T4 – T2 Cohen's d
Klachten (SCL-90-R)			
Agorafobie	0.61	0.24	0.78
Angst	0.71	0.35	0.98
Depressie	0.89	0.21	1.11
Somatisatie	0.57	0.21	0.70
Insufficiëntie	0.70	0.06	0.75
Wantrouwen	0.76	0.44	1.20
Hostiliteit	0.73	0.00	0.78
Slapen	0.33	0.21	0.52
Psychoneuroticisme	0.80	0.29	1.15
Kwaliteit van leven	0.70	-0.16	0.50
Geluk	0.78	-0.26	0.50

#### Discussie en conclusie

De resultaten van dit pilotonderzoek naar de effectiviteit van de cognitief-gedragtherapeutische groepstraining 'Je gedachten en gevoelens de baas' bij heterogene groepen met milde klachten zijn bemoedigend. Zowel direct na de training als tien weken na het afronden

ervan werden bij de onderzochte groep minder psychische klachten ervaren. De klachten namen gedurende de follow-upperiode niet toe, maar nog wat verder af. Direct na de training was ook de kwaliteit van leven toegenomen evenals de beleving van geluk. Hoewel niet significant, namen deze laatste twee iets af gedurende de follow-upperiode. Mogelijk heeft dit te maken met het stoppen van de groepstraining, aangezien de deelnemers vrijwel unaniem aangaven het erg prettig te vinden dat de training groepsgewijs had plaatsgevonden. Velen gaven tijdens de follow-upmeting ook aan dat ze de groep als zodanig misten.

Opvallend wat betreft de scores op kwaliteit van leven en geluk is dat deze in de wachtperiode voor de training ook al wat toenamen, al was dit net niet significant. Mogelijk spelen factoren zoals hoop en verwachting hierbij een rol. Het drop-outpercentage is met 17 redelijk laag te noemen, aangezien uit het review van Bostwick (1987) blijkt dat gemiddeld 35% van de mensen voortijdig stopt met een groepsbehandeling. Er lijkt daarbij een trendmatig opleidingsverschil te bestaan tussen mensen die de gehele training afmaakten en zij die dat niet deden. De laatsten waren namelijk hoger opgeleid. Hiervoor is niet direct een verklaring te geven op basis van de opgegeven redenen voor het stoppen met de training. De klanttevredenheid is gemiddeld en van de deelnemende patiënten gaf 72% aan na de training geen hulpvraag meer te hebben.

De resultaten van de training lijken weliswaar gunstig, maar we kunnen (nog) niet zonder meer stellen dat de verbeteringen werkelijk door de training als zodanig worden veroorzaakt. Ten eerste gaat het om patiënten met milde klachten die doorgaans ook opknappen van specifieke factoren zoals aandacht en lotgenootschap. Ten tweede is er geen controlegroep gebruikt.

Geconcludeerd kan worden dat gecontroleerd vervolgonderzoek naar het effect van deze training geïndiceerd en noodzakelijk is. Daarbij dient gelet te worden op een mogelijk verband tussen drop-out en opleidingsniveau. Voorts is het zinvol na te gaan of de mate van effectiviteit van de training afhankelijk is van de gestelde diagnose van de patiënt en is een analyse naar de werkzaamheid van de verschillende onderdelen van de training wenselijk.

---

**ABSTRACT** Different studies indicate that cognitive behavioral therapy given either as an individual therapy or in a group, has similar treatment effects on the individual patient. In order to shorten long waiting lists and waiting times, we developed a group cognitive behavioral therapy for heterogeneous patient groups with mild complaints. Common cognitive behavioral techniques such as exposure,

inspecting and reformulating of cognitions are used. Also Young's schemes were included in the treatment protocol. We describe a pilot study that was performed to measure the treatment benefit of group cognitive behavior therapy for heterogeneous groups. The following variables were measured to determine the treatment effect: complaints, quality of life, happiness, satisfaction and absence through illness. Our results indicate that this cognitive behavioral therapy for heterogeneous patient groups with mild (anxiety and mood) complaints seems to have a positive effect on all studied variables. Based on these results a controlled study is warranted.

---

#### Referenties

- Abdel-Khalek, A. (2006). Measuring happiness with a single-item scale. *Social Behavior and Personality, 34*(2), 139-150.
- American Psychiatric Association (APA) (2003). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- American Psychiatric Association (APA) (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de herziene versie). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Arrindell, W.A. & Eetema, J.H.M. (2003). *Symptom Checklist (SCL-90). Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bastien, C.H., Morin, C.M., Ouellet, M.C., Blais, F.C., & Blouchard, S. (2004). Cognitive behavioural therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 653-659.
- Boeting, M.A., Ferdinand, R.F., Barrett, P.M., & Dadds, M.R. (2002). Interventie- en preventieve programma's voor angst en depressie. *Kind en Adolescent, 23*, 300-312.
- Bostwick, G. (1987). 'Where is Mary?' A review of the group treatment dropout literature. *Social work with groups, 10*, 117-131.
- De GGZ, Persbericht GGZ (2003). *Wachlijsten GGZ lopen terug*. Publicatie kerncijfers uit 2000-2002.
- Erickson, D.H. (2003). Group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Behavior Therapy, 32*, 179-186.
- Folkers, K., Rijn, J. van, & Appelo, M. (2007). Literatuurstudie naar de effectiviteit van individuele versus groepsgewijze cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie, 40*, 177-199.
- Haas, W. de (2008). De groepsdynamiek als krachtbron. In: W. de Haas, *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*, pp. 17-24. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Huijbrechts, I., Appelo, M., Korrelboom, K., & Heiden, C. van der (2009).



- Routine Outcome Measurement binnen PsyQ: normering van de 4 K's. (submitted).
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lumpkin, P.W., Silverman, W.K., Weems, C.F., Markham, M.R., & Kurtines, W.M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youth with group cognitive behavioural therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy*, 33, 163-177.
- Moffitt, T.E., Harrington H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A.M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry*, 64, 651-660.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332.
- Norton, P.J., Hayes, S.A., & Hope, D.A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 20, 198-202.
- Norton, P.J. & Hope, D.A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 79-97.
- Sheehan, D.V. (2000). Sheehan Disability Scale. Mental Health Status, Functioning, and Disabilities Measures. In: Rush et al. (eds.), *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: APA, 113-115.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(3), 89-95.
- Tillfors, M., El-Khoury, B., Stein, M.B., & Trost, K. (2009) Relationships between social anxiety, depressive symptoms, and antisocial behaviors: Evidence from a prospective study of adolescent boys. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 718-724.
- Tucker, M. & Oei, T.P.S. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behavior therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 77-91.
- Veenhoven, R. (2002). 'Het grootste geluk voor het grootste aantal'. *Sociale Wetenschappen*, 45, 1-43.
- Vreeswijk, M. van & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte therapie in groepen, Cognitieve therapie bij persoonlijkheidsproblematiek. Handleiding voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J.E. & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.J. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.