



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

Dwang en depressie; differentiële diagnostiek

Cara Verdellen, Kees Hoogduin, Esther de Kemp, Gerda Methorst en Marc Verbraak*

Samenvatting

Veel patiënten met een obsessief–compulsieve stoornis (OCS) kennen depressieve verschijnselen. Meestal zijn deze secundair aan de dwang en zal de OCS in eerste instantie het behandeldoel worden. Bij patiënten die gebukt gaan onder een depressieve stoornis kan het voorkomen dat dwangverschijnselen zich als een symptoom van deze depressie manifesteren. In dit geval dient behandeling van de depressieve stoornis voorrang te krijgen. Het stellen van een juiste diagnose is van belang daar dit consequenties heeft voor de behandeling. Een zevental richtlijnen wordt besproken die behulpzaam kunnen zijn bij het stellen van een precieze diagnose. Deze richtlijnen zijn op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaring tot stand gekomen. Het belang van deze richtlijnen wordt geïllustreerd aan de hand van twee casusbeschrijvingen.

Inleiding

Vrijwel alle patiënten met dwangsymptomatologie vertonen depressieve verschijnselen. Rasmussen en Tsuang (1986) onderzochten 44 patiënten met een obsessief–compulsieve stoornis (OCS). Hiervan bleek 80 procent somber gestemd en 75 procent van de patiënten bleek tegelijk of in het verleden een depressie in engere zin te hebben doorgemaakt. Volgens Rosenberg (1986) was 34 procent van de door hem onderzochte patiënten met een OCS behandeld voor depressieve klachten. Rasmussen en Eisen (1992) stelden bij 100 patiënten met een OCS vast dat twee derde van hen ooit in hun leven aan een depressie in engere zin hadden geleden. Een derde deel van de patiënten bleek een concurrente depressie in engere zin te hebben. Bij de meeste patiënten (85%) bleken de depressieve verschijnselen secundair aan de OCS te zijn. Hoewel depressieve verschijnselen een OCS vaak compliceren zijn er ook dwangpatiënten die hier niet mee te maken krijgen.

Bij het vaststellen van de differentiële diagnose gaat het erom of depressieve verschijnselen gezien kunnen worden als behorend tot een depressie in engere zin volgens DSM–IV (APA, 1994). Het stellen van een juiste diagnose is van belang omdat

* DRS. C.W.J. VERDELLEN, psycholoog, is werkzaam bij de Angstpolikliniek van Psychiatrisch centrum Nijmegen;

Correspondentie–adres: Mevr. drs. C.W.J. Verdellen, p/a HSK, Bosweg 160, 6523 NN Nijmegen.

DR. C.A.L. HOOGDUIN is als hoogleraar psychotherapie verbonden aan de vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de K.U. Nijmegen. Hij is tevens managing partner van de psychologenpraktijk HSK te Nijmegen;

DRS. E.C.M. DE KEMP, geestelijke gezondheidskundige, is AIO bij de vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de K.U. Nijmegen;

DR. G.J. METHORST, psycholoog, is hoofd van de Angstpolikliniek van Psychiatrisch centrum Nijmegen;

DRS. M.J.P.M. VERBRAAK, psycholoog, is verbonden aan de Angstpolikliniek van Psychiatrisch centrum Nijmegen.

dit verstrekkende gevolgen kan hebben voor de behandeling. Bovendien kan met het stellen van een juiste diagnose een inschatting worden gemaakt van het gevaar op suicide; uit onderzoek is gebleken dat bij een OCS suicides nauwelijks voorkomen (o.a. Kringlen, 1965: 1 suicide bij 91 dwangpatiënten; Rosenberg, 1968; geen enkele suicide bij 144 dwangpatiënten), terwijl dit bij een depressieve stoornis veelvuldig het geval is. (Zo bleek uit onderzoek van Gittleson (1966c) onder 398 patiënten met een ernstige (vitale) depressie dat van de in totaal 110 patiënten die een suicidepoging hadden gedaan, 103 patiënten geen dwangsymptomen hadden op het moment van de depressie. In totaal had één op de drie depressieve patiënten zonder dwanggedachten een suicidepoging gedaan, tegenover één op de 18 patiënten met dwanggedachten. Gittleson concludeerde hieruit dat de aanwezigheid van dwanggedachten bij de vitale depressie de kans op zelfmoord kleiner zou maken.)

Hoogduin (1982) geeft een beschrijving van een patiënte bij wie mogelijk een onjuist gestelde diagnose (OCS in plaats van depressie in engere zin) fatale gevolgen had. De behandeling richtte zich op de dwangverschijnselen. De therapeut achtte het suicidegevaar niet groot, hierin gesteund door de gegevens uit de literatuur met betrekking tot het suicidegevaar bij patiënten met dwangproblemen. Toen de echtgenoot van de patiënte werd opgenomen voor een blaasonderzoek suicideerde de patiënte zich. Een depressie in engere zin was waarschijnlijk over het hoofd gezien.

Een OCS van een depressie in engere zin onderscheiden is niet eenvoudig. Bij beide stoornissen komen deels dezelfde symptomen voor: schuld, angst, onzekerheid en een lage eigenwaarde worden zowel bij dwang als bij depressie gezien, evenals gewichtsverlies en slaapstoornissen en rituelen met betrekking tot eten en slapen (Black & Noyes, 1990). Bovendien blijkt het moeilijk om de morbide preoccupaties van de depressieve patiënt te onderscheiden van de obsessies van de patiënt met een OCS.

Het onderscheid wordt verder bemoeilijkt doordat gedurende een depressie ook dwangverschijnselen (dwanggedachten en dwanghandelingen) kunnen optreden. Black en Noyes (1990) stellen dat er mogelijk een subtype affectieve stoornis bestaat met obsessief-compulsieve symptomen. Bij deze depressie zou het verloop van de dwangverschijnselen gedurende de depressie parallel zijn aan het verloop van de depressieve klachten.

Het komt voor dat de dwangverschijnselen reeds aanwezig zijn vóór het begin van de depressie. Deze verergeren doorgaans gedurende de depressieve periode, om na herstel hiervan weer tot hun oorspronkelijke ernst terug te keren. Een enkele keer blijven de dwangverschijnselen na herstel van de depressie aanwezig en ook komt het wel eens voor dat de dwangverschijnselen verdwijnen voor het begin van een depressieve periode (Kendell & DiScipio, 1970). Gittleson (1966a) stelde bij zijn onderzoek onder 398 patiënten met een depressie vast dat 124 van hen (31%) ernstige dwanggedachten hadden. Uit deze groep waren er 52 patiënten die al vóór de depressie een OCS met dwanggedachten hadden. Ook Kendell en diScipio (1970) komen tot een soortgelijke bevinding; 20 van de 92 (22%) door hen onderzochte depressieve patiënten bleken tevens last te hebben van dwangverschijnselen. Vaughan (1976) stelde eveneens vast dat patiënten met dwanggedachten deze gedachten gedurende een depressie vaak behouden. Bij 168 patiënten vond zij 24 patiënten met dwanggedachten (14%); van deze 24 patiënten hadden 13 patiënten dwanggedachten voordat ze depressief werden.

Zeven richtlijnen om OCS te onderscheiden van depressie in engere zin

In het hierna volgende worden zeven richtlijnen besproken die behulpzaam kunnen zijn om een OCS te kunnen onderscheiden van een depressie in engere zin. Deze richtlijnen zijn op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaring tot stand gekomen.

- *De volgorde waarin de klachten zich openbaren.* Wanneer de dwangsymptomen optreden na het ontstaan van de depressieve klachten lijkt het vooral om een primaire depressie te gaan. Debuteren de dwangklachten dan pleit dit voor een secundaire depressie.
- *Dagschommeling in de ernst van de dwangverschijnselen.* Bij zijn onderzoek naar het vóórkomen van dwanggedachten bij depressieve patiënten stelde Gittleson (1966b) vast dat de dwanggedachten aan dezelfde dagschommeling onderhevig zijn als de depressieve stemming. Dit betekent dat wanneer dwangverschijnselen 's ochtends vroeg meer optreden en in de loop van de dag afnemen, dit een aanwijzing is voor de aanwezigheid van een depressieve stoornis. Is er een toename van dwangverschijnselen naarmate de dag vordert dan moet eerder aan een OCS gedacht worden, daar bij een OCS bij vermoeidheid een toename van klachten gezien wordt (Janet, 1903).
- *Een episodisch karakter van de stoornis.* Blijkt dit het geval te zijn, dan moet vooral gedacht worden aan een depressieve stoornis. Van een depressieve stoornis is bekend dat deze kan recidiveren (DSM-IV, 1994) terwijl een recidiverende OCS vrijwel niet voorkomt; hoewel de klachten bij een OCS over de tijd kunnen fluctueren, verdwijnen ze zelden spontaan (Hoogduin, 1986).
- *Een positieve reactie op niet-serotonine-heropnameremmende antidepressiva.* Een positieve reactie op een niet-serotonine-heropnameremmende antidepressieve medicatie (zoals Tryptizol, Ludiomil of Tolvon) in het verleden, zou kunnen pleiten voor het bestaan van een depressieve stoornis. Andere antidepressiva, die wel een serotonine-heropnameremmende werking hebben, hebben ook effect op dwangverschijnselen, waardoor een positieve reactie op deze middelen niet als onderscheidend kan worden opgevat (Moleman, 1992).
- *Het voorkomen van (ernstige) depressie in de familie van de patiënt.* Uit onderzoek blijken sterke aanwijzingen voor de erfelijkheid van een biologische kwetsbaarheid voor het ontstaan van stemmingsstoornissen (Van den Hoofdakker et al., 1994). Bij het bestaan van depressieve stoornissen in de familie van de patiënt moet dan ook eerder gedacht worden aan een depressie dan aan een OCS. Informatie over het bestaan van ernstige depressieve stoornissen in de familie van de patiënt wordt onder meer verkregen door de patiënt te vragen of familieleden zich gesuïcideerd hebben of ernstige pogingen daartoe hebben gedaan, of ze ooit elektroconvulsieve therapie hebben ondergaan, of ze opgenomen zijn geweest in psychiatrische ziekenhuizen in verband met depressieve klachten en of ze met lithium zijn behandeld.
- *Een homocidale of suïcidale inhoud van de obsessies.* Gittleson (1966b) onderzocht de inhoud van de dwanggedachten bij de 52 patiënten (van de in totaal onderzochte groep van 398 patiënten met een ernstige depressie), die een OCS in de voorgeschiedenis hadden en die later depressief werden. Slechts bij 2 patiënten (4%) vond hij dwanggedachten met een homocidale of suïcidale inhoud. Bij meer dan de helft (51%) van de groep van depressieve patiënten met dwanggedachten werden dwanggedachten met een agressieve inhoud gevonden. De agressieve dwanggedachten kwamen twaalfmaal zo vaak voor bij patiënten met een vitale

depressie (met dwanggedachten) als bij patiënten met een OCS. Ook Kendell en DiScipio (1970) vonden in hun onderzoek bevestiging voor de opvatting dat de inhoud van de obsessies bij depressieve patiënten veelal agressief is. Wanneer de patiënt last heeft van 'harming obsessions' (zg. impulsobsessies, waarbij naast zelfdoding thema's als vergiftiging, wurging, onthoofding en het verwonden van derden met messen, scharen en beitels centraal staan) moet dan ook eerder aan het bestaan van een depressie in engere zin worden gedacht.

- *Duur van de klachten.* Als de dwangklachten pas kort bestaan pleit dit eerder voor de aanwezigheid van een depressieve stoornis dan voor een OCS. Patiënten met een depressieve stoornis worden meestal binnen enige maanden na het uitbreken van de stoornis aangemeld (Hoencamp, 1993). Patiënten met een OCS hebben gemiddeld tien tot vijftien jaar klachten voordat zij zich aanmelden (Hoogduin, 1986).

In het hierna volgende worden twee voorbeelden gegeven waarbij de bovengenoemde richtlijnen werden toegepast om te differentiëren tussen OCS en depressie in engere zin.

Mevrouw Keyzer, een 47-jarige vrouw, vertelt tijdens het intakegesprek sedert ongeveer acht jaar last te hebben van de angst om vergiftigd te worden. Ook is zij bang anderen ongewild te vergiftigen. Op deze obsessie ('Help, ik heb contact gehad met vergif') volgen neutraliserende dwanghandelingen, waaronder wassen, schrobben, kleren en spullen weggooiën. Hiernaast blijkt ze veel situaties te vermijden. Ook blijkt ze de woorden slang en gif niet te mogen denken of uitspreken.

De diagnose OCS werd gesteld. Zo'n vier jaar eerder had mevrouw Keyzer psychotherapie gehad en bij perioden gebruikte zij Anafranil en Orap. Hoewel zij hier wel enige baat bij had waren de klachten nooit geheel over gegaan en wenste zij verdere behandeling.

In de eerste fase van de therapie werd een cognitieve gedragstherapie gestart en werd de medicatie (Anafranil 150 mg; Orap 3 mg) geleidelijk beëindigd. Dit leidde in aanvang tot een positief resultaat: mevrouw Keyzer maakte meer en meer gebruik van voor haar besmette middelen zonder daarna rituelen uit te voeren. Ze had het gevoel zich vrijer te kunnen bewegen, ging sinds jaren weer met vakantie en ook haar familie was tevreden. De medicatie was inmiddels enkele maanden gestaakt toen, inmiddels zo'n negen maanden na aanvang van de therapie, de klachten recidiveerden. Ze voerde opdrachten minder goed uit, zat er zeer gespannen bij, verzorgde zich slechter, zag er moe en somber uit. Ze klaagde over huilbuien, slapeloosheid en de eetlust bleek verminderd. De vraag ontstond in hoeverre de gestelde diagnose de juiste was. Was er nu wellicht een depressie in engere zin of waren de klachten een gevolg van de teleurstelling over de terugkeer van de obsessief-compulsieve klachten? Met behulp van de zeven richtlijnen werd getracht deze vraag te beantwoorden. De zeven richtlijnen werden in vragende vorm aan mevrouw Keyzer voorgelegd. De gegeven antwoorden op de zeven vragen zijn weergegeven in tabel 1

Tabel 1 De zeven richtlijnen; eerste patiënt.

zeven richtlijnen	depressie	dwang
1. volgorde klachten	primair	primair
2. 's ochtends erger dan 's avonds	ja	neen
3. episodisch optreden	ja	neen
4. positieve reactie op niet- SSRlantidepressiva	ja	neen n.v.t.
5. depressieve stoornis in de familie	ja	neen
6. agressieve inhoud obsessies	ja	neen
7. duur van de klachten voor aanmelding	<2 jaar	>2 jaar

* Lange schaal: range van 66,42 tot 112,25 (cut-off point 86,50). ** Korte schaal: range van 22,52 tot 36,39 (cut-off point 27,50).

. Antwoorden wijzend in de richting van een depressieve stoornis dan wel een OCS zijn in resp. de kolommen 'depressie' en 'dwang' omcirkeld.

In tabel 1 is te zien dat de depressieve klachten secundair bleken te zijn (de dwangklachten debuteerden en waren aldus primair) en dat er geen dagschommeling was (de hele dag door werd mevrouw Keyzer gehinderd door zowel depressieve klachten als dwangklachten). De symptomen waren, hoewel in de loop der tijd soms minder ernstig, nooit in het geheel verdwenen (geen recidiverend beeld). Mevrouw Keyzer gaf aan enige baat gehad te hebben bij het gebruik van het antidepressivum Anafranil. Aangezien dit ook een serotonine-heropnameremmende werking heeft kan met dit gegeven geen onderscheid worden gemaakt tussen beide stoornissen. Depressies bleken niet in de familie van mevrouw Keyzer voor te komen. Sommige dwanggedachten hadden wel een agressieve inhoud. De klachten waren niet van korte duur, ze bestonden reeds acht jaar. Op basis van de zeven richtlijnen werd geconcludeerd dat niet in de richting van een depressieve stoornis gedacht moest worden. Een aantal verschijnselen die aan een depressieve stoornis hadden doen denken (waaronder het ontbreken van initiatieven, de vele huilbuien, de slapeloosheid en de verminderde eetlust) leken eerder samen te hangen met de relatieve toename van de ernst van de OCS.

Besloten werd om de behandeling gericht op de dwang voort te zetten. De Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), een vragenlijst die de ernst van de dwangsymptomatologie meet, werd afgenomen en hierop werd een score van 37 (bij een maximale score van 40) gemeten. Aangezien mevrouw Keyzer vertelde de exposure-opdrachten door de grote spanning en angst niet meer te kunnen uitvoeren werd besloten om haar in te stellen op een serotonine-heropnameremmer, in dit geval fluoxetine (Prozac), 60 mg, met als doel later de gedragstherapie voort te kunnen zetten. Na zo'n zes weken verminderden de klachten. De score op de Y-BOCS bedroeg 26. De gedragstherapie kon worden hervat. Besloten werd, omdat mevrouw Keyzer het programma thuis matig uitvoerde, over te gaan tot gesuperviseerde zittingen met exposure en responspreventie op het behandelinstituut, voorlopig tien zittingen, die twee uur duurden. Aan het eind van deze tien zittingen werd een score op de Y-BOCS van 8 gemeten. In totaal werd er aldus een verbetering van zo'n 80% bereikt, een percentage dat overeenkwam met de door mevrouw Keyzer zelf gewenste verbetering.

Mevrouw Van der Linden, een dertigjarige, 16 weken zwangere vrouw, meldde zich aan omdat ze gedurende een aantal maanden last had van gedachten en beelden dat ze haar echtgenoot en ongeboren kind zou wurgen dan wel onthoofden met een mes of een beitel. Bovendien bleken er naast de obsessies depressieve verschijnselen aanwezig te zijn. Diagnostisch ging het om een OCS of obsessies als symptoom van een depressie in engere zin.

De zeven richtlijnen werden nagegaan door deze in vragende vorm aan mevrouw Van der Linden voor te leggen (zie tabel 2)

Tabel 2 De zeven richtlijnen; tweede patiënt.

zeven richtlijnen	depressie	dwang
1. volgorde klachten	primair	primair
2. 's ochtends erger dan 's avonds	ja	neen
3. episodisch optreden	ja?	neen
4. positieve reactie op niet- SSRI antidepressiva	ja n.v.t.	neen
5. depressieve stoornis in de familie	ja ?	neen
6. agressieve inhoud obsessies	ja	neen
7. duur van de klachten voor aanmelding	<2 jaar	>2 jaar

* Lange schaal: range van 66,42 tot 112,25 (cut-off point 86,50). ** Korte schaal: range van 22,52 tot 36,39 (cut-off point 27,50).

).

In tabel 2 is te zien dat patiënte aan een primaire depressie leed. Eerst had zij lichamelijke klachten, vermoeidheid en paniekaanvallen, daarna kwamen de depressieve klachten, enkele weken later gevolgd door de dwanggedachten. De klachten bleken 's ochtends erger te zijn dan 's avonds. Verder wisselde de ernst van de depressieve klachten gedurende de dag en gedurende de verschillende dagen van de week. Ook bleek dat de obsessies minder ernstig waren wanneer de depressieve klachten minder ernstig waren. Verder vertelde mevrouw Van der Linden zo'n zes jaar eerder vermoeidheidsklachten met paniekaanvallen te hebben gehad. Zij zou toen niet duidelijk depressief zijn geweest. Mogelijk heeft zij toen wel een depressieve periode doorgemaakt, dit valt niet meer te achterhalen. Over het effect van antidepressiva valt niets te zeggen aangezien ze deze nooit heeft gebruikt. Hoewel ernstige depressies zich niet in mevrouw haar familie zouden voordoen, bleek wel een zusje in lichte mate last te hebben van depressiviteit. De inhoud van de dwanggedachten was agressief en de dwangklachten, waar mevrouw Van der Linden nooit eerder last van had gehad, waren recent (zeven maanden geleden) ontstaan.

De richtlijnen wezen uit dat er eerder aan een depressie in engere zin dan aan een OCS gedacht moest worden. Behandeling van de depressieve stoornis was op zijn plaats. Antidepressiva waren vanwege de zwangerschap gecontraïndiceerd. Nu tot een primaire depressieve stoornis geconcludeerd was kon verwacht worden dat exposure aan de obsessies de klachten mogelijk zou doen verergeren. Aldus werd gekozen voor een cognitieve therapie van de depressie en de obsessies en mevrouw Van der Linden werd geleerd hoe zich te ontspannen en afleiding te zoeken. Hiermee konden de angst en de schuldgevoelens die de beelden oproepen gedeeltelijk verminderd worden. Ook werd mevrouw Van der Linden gemotiveerd tot het aanbrengen van structuur in haar dagindeling en ze werd tot activiteiten aangespoord. Geleidelijk verdwenen de depressieve verschijnselen, wat ook met het herhaaldelijk afnemen van de Hamilton Rating Scale for Depression, een semi-gestructureerd interview dat de ernst van depressieve verschijnselen meet, kon worden vastgesteld; vanaf aanmelding tot enkele maanden voor de bevalling was er een (hoge) score van 26, rond de bevalling was de score 15 en drie maanden na de bevalling was de score gedaald tot 6, een relatief gunstige score. Enige tijd heeft mevrouw Van der Linden nog last gehad van nare, agressieve beelden en gedachten met betrekking tot haar dochtertje. De beelden bleven echter niet meer voortdurend in haar hoofd hangen en brachten haar ook minder uit haar evenwicht.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de zeven richtlijnen aanwijzingen gaven voor het stellen van de diagnose en het instellen van een adequate behandeling bij mevrouw Keyzer en mevrouw Van der Linden. Beide patiëntes gingen gebukt onder zowel dwang als depressieve verschijnselen en het was onduidelijk of er sprake was van een OCS dan wel een depressie in engere zin. Bij mevrouw Keyzer leerden de zeven richtlijnen dat met de behandeling van de OCS een goede weg ingeslagen was; continuering van de behandeling met Prozac, gevolgd door 10 twee uur durende exposurezittingen bleek effectief. Bij mevrouw Van der Linden leerden de zeven vragen dat zij aan een depressieve stoornis leed, op basis waarvan werd besloten tot het volgende beleid: geen exposure aan de obsessies, maar cognitieve, activerende en structurerende interventies.

Hierbij dient erop gewezen te worden dat de besproken richtlijnen een eerste aanzet vormen om het in de praktijk veel voorkomende probleem van de differentiatie tussen dwang en depressie op te lossen. De zeven richtlijnen zijn op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaring tot stand gekomen en de validiteit van deze richtlijnen dient bij een groter aantal patiënten onderzocht te worden.

Bij de beschreven patiëntes wezen de antwoorden op de zeven richtlijnen vrijwel eenduidig in de richting van respectievelijk een OCS en een depressieve stoornis. Echter, als op basis van deze richtlijnen geen preciezere diagnose kan worden gesteld, dan is het vooralsnog zinvol om de patiënt op een serotonine-heropnameremmer in te stellen. Een dergelijk middel is niet alleen bij dwangverschijnselen, maar ook bij depressieve verschijnselen effectief. Uiteraard kan deze medicatie in combinatie met cognitieve gedragstherapie worden gegeven. Geadviseerd wordt evenwel niet zonder meer tot het verstrekken van medicatie over te gaan, maar eerst (in afwachting van verder onderzoek) met behulp van de gegeven richtlijnen te bekijken of er een differentiële diagnose gesteld kan worden, waarop de behandeling afgestemd kan worden.

Abstract

Many patients with obsessive compulsive disorder also have depressive symptoms. Mostly, these symptoms are secondary to the obsessive compulsive disorder (OCD) and OCD will be the prime disorder to be treated. Depressive patients however can develop obsessive-compulsive symptoms. Making the right diagnosis has consequences for treatment. Seven guidelines are given to differentiate both disorders. These guidelines have come off by literature research and clinical experience. Two case reports illustrate the use of these guidelines in diagnosing ocd and depressive disorder.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Black, D.W., & Noyes, R. (1990). Comorbidity and obsessive-compulsive disorder. In: J.D. Maser & C.R. Cloninger, *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gittleson, N.L. (1966a). The effect of obsessions on depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 253-259.

- Gittleson, N.L. (1966b). The phenomenology of obsessions in depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 261–264.
- Gittleson, N.L. (1966c). The relationship between obsessions and suicidal attempts in depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 889–890.
- Hoencamp, E. (1993). *Depressed outpatient's efficacy and predictability of response of a three fase treatment strategy*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Hoofdakker, R.H. van den, Albersnagel, F.A., & De Cuyper, H. (1994). Stemmingsstoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, P.M.G. Emmelkamp (red.). *Handboek psychopathologie, deel 1* (tweede druk). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hoogduin, C.A.L. (1982). Complicaties bij de directieve behandeling van dwangverschijnselen. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 2, 161–177.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthenie*. Paris: Bailliere.
- Kendell, R.E., & DiScipio, W.J. (1970). Obsessional symptoms and obsessional personality traits in patients with depressive illnesses. *Psychological Medicine*, 1, 65–72.
- Kringlen, E. (1965). Obsessional neurotics; a long-term follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 111, 709–722.
- Moleman, P. (1992). *Praktische psychofarmacologie*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143 (3), 317–322.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15 (4), 4–10.
- Rosenberg, C.M. (1986). Complications of obsessional neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 114, 477–178.
- Vaughan (1976). The relationship between obsessional personality, obsessions in depression, and symptoms of depression. *British Journal of Psychiatry*, 129, 36–39.