



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

Cognitieve gedragstherapie bij de obsessieve-compulsieve stoornis binnen de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen

In deze bijdrage wordt de positie van de cognitieve gedragstherapie (CGT) binnen de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (MDRA) voor de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) kritisch beschouwd. Deze positie zal waar nodig worden verduidelijkt en aangevuld met richtlijnen die meer recht doen aan CGT en het wetenschappelijk onderzoek naar CGT bij de OCS.

Hoewel de OCS in het verleden steeds is gezien als een angststoornis en ook als zodanig in de DSM is geïnclassificeerd, bleek bij het verschijnen van de DSM-5 dat met deze traditie is gebroken en de OCS is ondergebracht in een speciale, nieuwe categorie: de obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen. De diagnose OCS kan worden gesteld wanneer de stoornis voldoet aan de volgende criteria (APA, 2014):

- ▶ De aanwezigheid van obsessies (dwanggedachten), compulsies (dwanghandelingen), of beide.
- ▶ De obsessies of compulsies vragen veel tijd (meer dan één uur per dag), of veroorzaken ernstig lijden of belemmeringen in het functioneren op sociaal, beroepsmatig of op andere belangrijke terreinen.
- ▶ De obsessies of compulsies zijn niet het gevolg van middelengebruik (zoals drugs of medicatie) of van een somatische stoornis.
- ▶ De obsessies of compulsies passen niet beter bij een andere DSM-5-stoornis.

De opvatting van de patiënt over het realiteitskarakter van de inhoud van de dwang dient als volgt te worden gespecificeerd:

- ▶ met goed of redelijk realiteitsbesef;
- ▶ met gering realiteitsbesef;
- ▶ met ontbrekend realiteitsbesef of waanovertuigingen.

Ten slotte kan worden gespecificeerd of de symptomen ticgerelateerd zijn.

In de categorie obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen zijn behalve de OCS ook de morfodysfore stoornis, verzamelstoornis, excoriatiestoornis, trichotillomanie en een aantal 'restcategorieën' opgenomen. Een belangrijk in de DSM-5 genoemd argument om OCS niet langer als een angststoornis te zien is dat de angsten als secundair aan de kernsymptomen van de OCS moeten worden opgevat. Een nogal arbitraire keuze, omdat de andere stoornissen in deze categorie een geheel ander symptoomprofiel laten zien. Bij deze stoornissen speelt angst in het geheel geen rol, maar gaat het veel meer om spanningsklachten. Bij de morfodysfore stoornis bijvoorbeeld gaat het om een preoccupatie met een of meer subjectief ervaren onvolkomenheden van het uiterlijk; bij de verzamelstoornis is het belangrijkste criterium een aanhoudende moeite dingen weg te doen; bij de excoriatiestoornis gaat het om een preoccupatie met oneffenheden van de huid, met pulken en krabben als gevolg; en bij trichotillomanie om haren uittrekken. In de restcategorie 'andere gespecificeerde obsessieve-compulsieve of verwante stoornissen' zijn de 'lichaamsgerichte repetitieve gedragingen' ondergebracht. Hieronder vallen het bijten op nagels, lippen of wangen, het zogenaamde wratzuigen (met hyperkeratoseplekken op de huid van de hand) en het neuspeuteren.

Daarnaast is de keuze om OCS niet langer als een angststoornis te zien arbitrair omdat de behandeling van de OCS, te weten met CGT (met *exposure*) en moderne antidepressiva (SSRI's), min of meer gelijk is aan die van de andere angststoornissen, terwijl patiënten met andere stoornissen uit de categorie obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen geen baat hebben bij deze behandelingen. Uit een gerandomiseerd en wachtlijstgecontroleerd onderzoek bij trichotillomanie bijvoorbeeld bleek een behandeling met een SSRI (fluoxetine) minder effectief (*effect size*: 0.42) dan de wachtlijst (*effect size*: 1.09) (van Minnen, Hoogduin, Keijsers, Hellebrand, & Hendriks, 2003). De gedragstherapeutische technieken die wel effectief zijn bij deze stoornissen zijn niet gebaseerd op *exposure*, zoals bij de angststoornissen, maar veel meer op zelfcontrole om het ongewenste gedrag te verhelpen. Bij patiënten met trichotillomanie bijvoorbeeld bedroeg de *effect size* van CGT maar liefst 3.80 (van Minnen et al., 2003).

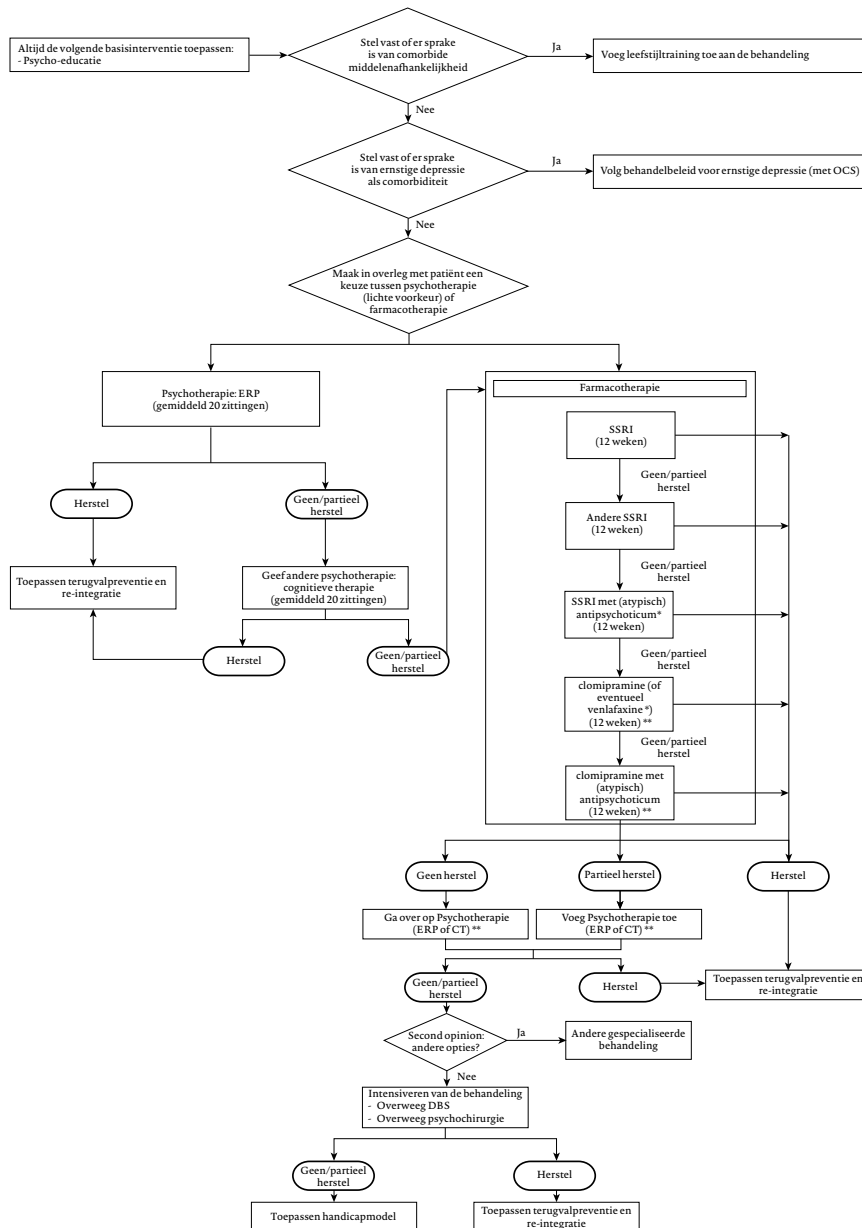
Daar staat tegenover dat de effecten van CGT bij de verzamelstoornis bescheiden zijn. In een open studie bleek de ernst van de stoornis met 25% tot 34% af te nemen en het aantal verzamelde objecten met 23% tot 33% (Frost & Tolin, 2008). In dit artikel zullen deze minder vaak voorkomende 'aan OCS verwante stoornissen' onbesproken blijven, en wordt alleen de positie van de OCS in de MDRA uitgewerkt.

DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN ANGSTSTOORNISSEN OVER DE OCS

Bij het samenstellen van richtlijnen kan niet ontkomen worden aan politieke keuzes. Iedere discipline wil een bijdrage leveren, met als gevolg onderhandelen. Bij de MDRA (van Balkom et al., 2013) is dat niet anders, nemen we aan. In Nederland hebben psychiaters het om onduidelijke redenen voor het zeggen. Het is dan ook niet toevallig dat farmacotherapie in de richtlijn als eerste wordt besproken. Dit terwijl er in de richtlijn ook, zij het zuinigjes, een 'lichte' voorkeur wordt uitgesproken voor cognitieve gedragstherapie in de vorm van exposure en responspreventie (ERP) (zie figuur 1). Dit is opmerkelijk, omdat de behandelresultaten van farmacotherapie minder gunstig zijn dan die van ERP, behalve in het geval van OCS met een ernstige comorbide depressie. De Amerikaanse APA-richtlijn noemt ERP op grond van haar aangetoonde effectiviteit dan ook de behandeling van voorkeur bij de OCS (APA, 2007). Een zeer fraai voorbeeld van hoe politieke elementen kunnen opduiken in een richtlijn is de merkwaardige aanbeveling van de dynamische psychotherapie bij de behandeling van OCS in de APA-richtlijn: 'Hoewel er geen gecontroleerd onderzoek is dat de effectiviteit van de dynamische psychotherapie of psychoanalyse bij de aanpak van de kernsymptomen van OCS heeft aangetoond, kan deze behandeling bij patiënten helpen hun weerstand tegen een aanbevolen behandeling op te heffen. Dit door de achtergrond en reden van hun weerstand om te veranderen helder te maken (bijvoorbeeld als gevolg van secundaire ziektewinst)' (APA, 2007, pp. II-12). Kortom, het moet en zal erin, ook al is de effectiviteit ervan niet aangetoond en ongeacht de beschikbaarheid van motivatietechnieken waarvan de effectiviteit wel is aangetoond.

Dan nu de MDRA zelf. Voordat een patiënt met een OCS in aanmerking komt voor behandeling, dient verantwoorde diagnostiek te hebben plaatsgevonden. Met behulp van een semigestructureerd interview, zoals de SCID-I (van Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, & Nolen, 1998), kan de diagnose OCS eenvoudig worden vastgesteld, net als de aanwezigheid van eventuele comorbide stoornissen. Patiënten met OCS hebben vaak last van andere stoornissen. Ongeveer 25% van hen heeft een comorbide depressieve stoornis, en comorbiditeit met andere angststoornissen wordt bij 2% tot 40% van de OCS-patiënten vastgesteld (Purdon, 2012). Voor de keuze van een behandelstrategie is het van belang dat een succesvolle behandeling van een op de voorgrond tredende angststoornis, bijvoorbeeld een OCS of paniekstoornis, doorgaans ook een grote verbetering laat zien van comorbide stoornissen (zie bijvoorbeeld: Tsao, Lewin, &

Craske, 1998). De behandelstrategie ten aanzien van de OCS hoeft daar doorgaans dan ook niet voor te worden aangepast.



FIGUUR 1
Behandelalgoritme bij de OCS volgens de MDRA (van Balkom et al., 2013)

Wel heeft de vaststelling van een comorbide ernstige depressie belangrijke consequenties voor de keuze van de behandelstrategie. Ernstige depressieve stoornissen geven problemen met de motivatie voor een relatief zwaar behandeltraject als CGT. Ook kunnen obsessies symptomen zijn van een depressie: patiënten met een ernstige depressie krijgen in 18% van de gevallen voor het eerst met OCS-klachten te maken (Gittleson, 1966a, 1966b). Bijzonder aan deze obsessies is dat de ernst ervan fluctueert met de ernst van de depressieve klachten (Verdellen, Hoogduin, de Kemp, Methorst, & Verbraak, 1996). Daarnaast is van belang dat een OCS bijna altijd zal leiden tot depressieve klachten, en een succesvolle behandeling van de dwangverschijnselen meestal tot een vermindering van die klachten. De diagnose 'depressieve stoornis' zal dan ook pas gesteld mogen worden als er werkelijk sprake is van ernstige depressieve symptomatologie met bijvoorbeeld anhedonie, suïcidewens of gewichtsverlies. Ook van belang is dat OCS-patiënten met een ernstige depressie meestal uitgesloten worden van effectstudies van CGT. Dit betekent dat de effecten van CGT bij OCS-patiënten met een ernstige comorbide depressieve stoornis mogelijk niet goed in kaart zijn gebracht. Vastgesteld is dat ernstige depressieve klachten wel een relatie hebben met een minder goed behandelresultaat (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2012). Volgens de MDRA wordt daarom bij patiënten die zowel een OCS als een ernstige depressieve stoornis hebben gekozen voor een farmacotherapeutische strategie. Wanneer de dwangklachten een symptoom zijn van een depressieve stoornis, volgt een behandeling volgens het algoritme voor de ernstige depressieve stoornis van de depressierichtlijn. Wanneer er sprake is van comorbide middelenafhankelijkheid, adviseert de MDRA om leefstijltraining aan de behandeling toe te voegen. De leefstijltraining is een cognitieve gedragstherapie, met als belangrijkste element een zelfcontroleprocedure. Mede gelet op het veel-eisende karakter van ERP, is het raadzaam bij ernstige middelenafhankelijkheid eerst de aandacht te richten op het beëindigen van het middelengebruik. Het gebruik van middelen interfereert immers met de gestructureerde behandeling van de OCS. Er is geen enkel argument om alvorens tot CGT over te gaan niet eerst een leefstijltraining of, in ernstige gevallen, een klinische behandeling (*detox*) uit te voeren, ook omdat er geen wetenschappelijke evidentie is voor een andere (betere) strategie.

In de MDRA wordt geadviseerd de centrale keuze tussen cognitieve gedragstherapie (psychotherapie) of farmacotherapie mede te maken in overleg met de patiënten. In het algoritme wordt gesproken van een 'lichte voorkeur' voor psychotherapie (zie figuur 1), en ook elders in de MDRA wordt een voorkeur uitgesproken voor een niet-medicamenteuze behandeling (p. 133).

Vervolgens wordt niet vermeld dat psychotherapie op korte en op langere termijn effectiever is dan farmacotherapie, en dat na beëindigen van een farmacotherapeutische behandeling veel meer patiënten een recidief ontwikkelen. In de MDRA (p. 125) wordt dan ook geadviseerd om ter voorkoming van recidieven bij beëindiging van de medicatie alsnog een CGT uit te voeren.

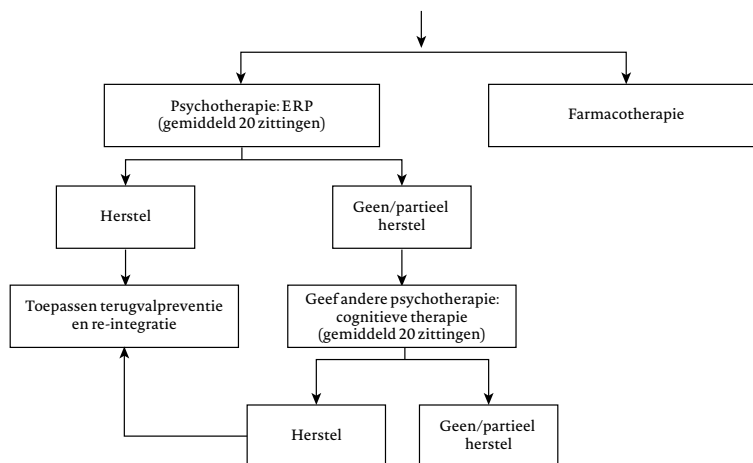
Wanneer we naar de onderzoeksgegevens kijken, zijn de verschillen tussen de effectiviteit van psychotherapie en farmacotherapie niet gering. Zo blijkt dat bij behandeling met een SSRI 50% van de patiënten een verbetering bereikt van meer dan 25% (MDRA, p. 104), terwijl bij een behandeling met CGT meer dan 80% van de patiënten een verbetering blijkt te bereiken van meer dan 30% (32% tot 61%) (Abramowitz et al., 2012). De effect size voor SSRI's varieert in de verschillende studies van 0.81 tot 1.36 (MDRA, p. 105) en voor CGT van 1.16 tot 1.57 (Abramowitz et al., 2012). Na SSRI's is de kans op terugval bovendien relatief groot, zo groot zelfs dat in de richtlijn wordt gesteld dat 'een SSRI bij OCS als monotherapie waarschijnlijk zeer langdurig en mogelijk levenslang gebruikt moet worden' en dat 'staking van de medicatie frequent terugval laat zien' (p. 107) (zie ook: Dougherty, Rauch, & Jenike, 2012). Bij CGT daarentegen is de kans op terugval bijzonder klein. In een meta-analyse bleek dat bij follow-up na gemiddeld 29 maanden het percentage responders ongeveer gelijk was gebleven (na behandeling 83% en bij follow-up 76%). In een elegante studie, waarin de behandelresultaten van patiënten met placebo-medicatie en placebo-psychotherapie (autogene training) werden vergeleken met patiënten met placebo-medicatie en ERP, en met patiënten met een SSRI en autogene training, bleek het effect van de ERP significant groter dan het effect van de SSRI (Nakatani et al., 2005). Dan is er het punt van de bijwerkingen. In de MDRA wordt gesproken van een uitval door bijwerkingen van 10% tot 20%. Alleen al het toenemen van het lichaamsgewicht met 5% tot 7%, en het feit dat meer dan 30% tot 50% van de patiënten bijwerkingen heeft op seksueel gebied, lijken redenen genoeg om zuinig te zijn met het voorschrijven van dergelijke middelen (zie onder anderen: Moleman, 2004).

Het zal duidelijk zijn dat de psychotherapeutische en farmacologische behandelstrategieën bij de OCS beide effectief zijn, maar zeker niet gelijkwaardig. CGT met ERP zal de eerste stap in de behandeling moeten zijn. De 'lichte voorkeur' zal met andere woorden een 'duidelijke voorkeur' moeten zijn. In het kader van de adequate consumentenvoorlichting zal dit ook aan patiënten meegedeeld moeten worden. In de MDRA krijgt ERP de voorkeur boven cognitieve therapie 'vanwege de grote hoeveelheid positieve onderzoeksresultaten en de positieve langetermijneffecten'. Uit een grote gecontroleerde studie, waarin beide procedures met elkaar vergele-

ken werden, bleek ERP inderdaad een significant groter effect te hebben bij de behandeling van de OCS (Olantunji et al., 2013).

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE EN DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN ANGSTSTOORNISSEN OVER DE OCS NADER BESCHOUWD

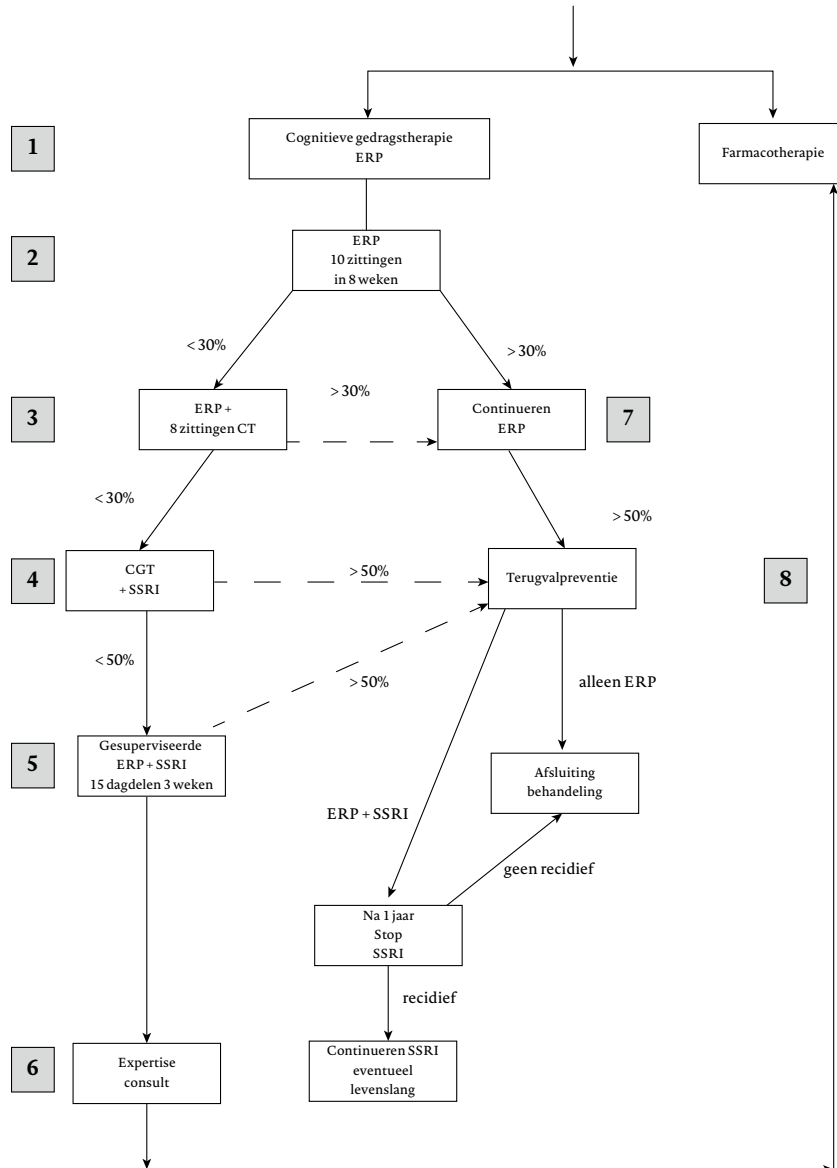
Bij de bespreking van de indicatie voor CGT bij de OCS zal het 'Algoritme obsessieve-compulsieve stoornis' van de MDRA als uitgangspunt genomen worden (zie figuur 1). Volgens dit algoritme dient de behandeling altijd te starten met de basisinterventie psycho-educatie. Vervolgens moet direct een centrale keuze worden gemaakt voor een psychotherapeutische of farmacologische strategie. Hoewel in de MDRA wordt gesteld dat in overleg met de patiënt in eerste instantie voor elk van deze beide strategieën kan worden gekozen, lijkt dit, zoals eerder betoogd, geen optie. Behandeling met ERP is de eerste keuze. Als de patiënt aan een medicamenteuze benadering de voorkeur lijkt te geven, moet worden geprobeerd hem te overtuigen van de grote voordelen van behandeling met ERP.



FIGUUR 2
Psychotherapeutische strategie bij de OCS conform de MDRA (van Balkom et al., 2013)

In figuur 2 is te zien dat de uitwerking van de psychotherapeutische strategie in de MDRA bescheiden is en niet altijd even helder. Zo wordt gesproken over een duur van ERP van gemiddeld 20 zittingen. Bij een beslisboom zijn duidelijk geformuleerde beslismomenten natuurlijk van belang. Wanneer moet besloten worden dat een patiënt niet of slechts partieel is hersteld? Spreken over 'herstel' als

afkapmoment in de beslisboom is sowieso ongewenst. Van de OCS-patiënten herstelt namelijk helaas maar een relatief klein percentage volledig: ongeveer 25% (MDRA, p. II6). En waarom wordt eigenlijk gesproken over 'gemiddeld' 20 zittingen als afkapmoment, terwijl 20 zittingen het aantal zittingen is dat gemiddeld nodig is voor een volledige behandeling met ERP voor een OCS?



FIGUUR 3 Nadere uitwerking van het beslismodel voor CGT bij de OCS. De cijfers 1 tot en met 8 corresponderen met paragrafen in de tekst.

Er zijn argumenten om eerdere afkappunten te kiezen. Een verbetering van 30% kan al na 10 zittingen ERP worden verwacht (Abramowitz et al., 2012; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988). Een andere reden om de voorkeur te geven aan 10 zittingen boven 20 zittingen ERP is dat ERP in de volgende behandel fase in alle gevallen gecontinueerd blijft (zie hieronder). Het gemiddelde succespercentage voor OCS-patiënten behandeld met ERP, bereikt bij ongeveer 80% van de patiënten, bedraagt 32-61% (Abramowitz et al., 2012). Van het effect bij responders kan verwacht worden dat dit ruim boven dit gemiddelde zal liggen. In een nadere uitwerking van de beslisboom voor psychotherapie (figuur 3) wordt 50% verbetering op de Y-BOCS als ondergrens voor een relevant herstel aangenomen (Goodman, Price, Rasmussen, & Mazure, 1989a, 1989b).

De indicatiestelling en de toepassing van CGT bij de OCS moet worden gezien als een verbijzondering van de MDRA. Wij zouden die graag op hierna te beschrijven wijze nader willen aanvullen en uitwerken. CGT dient toegepast te kunnen worden zonder dat de therapeut het risico loopt in tuchtrechtelijke moeilijkheden te komen vanwege het niet letterlijk volgen van de richtlijnen van de beroepsgroep. Zoals eerder besproken worden in de MDRA immers stappen geadviseerd die, mede gelet op de Amerikaanse (APA, 2007) en de Britse (NICE, 2005) richtlijnen, en de stand van het onderzoek, om nuancering vragen. Dat betekent soms een extra stap, soms een aanpassing van een stap, en kwantificering van de afkappunten die van belang zijn bij het beslissen om over te gaan tot een volgende stap in de behandeling. Voorts bestaan er geen argumenten om voorafgaande aan de behandeling met ERP altijd een uitvoerige functieanalyse uit te voeren. Een geprotocolleerde standaardbehandeling is minstens even effectief als een behandeling die op een functieanalyse is gebaseerd (Emmelkamp, Bouman, & Visser, 2009, p. 177). In figuur 3 wordt de nadere uitwerking van het aangepaste algoritme van de CGT schematisch weergegeven. De cijfers 1 tot en met 8 bij de figuur corresponderen met de onderstaande paragrafen.

¶ 1 Preventie van therapieweigeraars en drop-outs

Van belang bij de uitvoering van CGT is voorkomen dat patiënten na uitleg over de ERP afzien van de behandeling en voorkomen dat patiënten voortijdig met de behandeling stoppen. Wanneer patiënten met een OCS informatie krijgen over de behandeling en vooral over de te verwachten resultaten, zijn er echter weinig die besluiten af te zien van een behandeling met ERP. Emmelkamp en Foa (1983) vermelden 5 tot 13% weigeraars in een onderzoekssetting. Buiten een dergelijke setting zou dit percentage oplopen tot 31% (Manckebo, Eisen, Sibrava, Dyck, & Rasmussen, 2011). De grote verschillen

in het percentage patiënten dat afziet van een behandeling met ERP zegt mogelijk iets over de intakeprocedure. Een goede voorlichting, een behandelrationale die overtuigt en een respectvolle bejegening zijn hierbij van belang. In een onderzoek van Emmelkamp, de Haan en Hoogduin (1990) leidde alleen al een dergelijk eerste gesprek tot een significante verbetering op diverse ernstmaten bij de tweede meting vijf weken later, zonder dat een behandeling had plaatsgevonden.

Het percentage patiënten dat een eenmaal begonnen behandeling voortijdig beëindigt (dat wil zeggen: met de behandeling stopt voordat de therapeut van mening is dat de behandeling kan worden afgerond) is bij de OCS laag: tussen 3 en 12% (Hoogduin, 2011), maar er worden ook hogere percentages genoemd (Mancebo et al., 2011). Hoe het ook zij, belangrijke oorzaken van drop-out die worden genoemd door Emmelkamp en Foa (1983) zijn een te grote angst voor het uitvoeren van de exposure-opdrachten, geringe behandelkwaliteiten van de therapeut en de relatief grote hoeveelheid tijd die de patiënt aan de opdrachten moet besteden. Uit een analyse van de patiënten die stopten met de behandeling blijkt dat ook het ervaren van nare gebeurtenissen tijdens de behandeling van belang is (Hoogduin, 1986, p. 163, p. 185).

Een goede therapeutische relatie is daarom van belang voor het voorkomen van drop-out. Uit onderzoek is gebleken dat bij veel stoornissen een positieve relatie bestaat tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie die vroeg in de behandeling is gemeten en het eindresultaat van de behandeling. Foa, Steketee, Grayson en Doppelt (1983) benoemen in hun onderzoek naar mislukte ERP-behandelingen de belangrijke rol van de therapeut. Zij vonden aanwijzingen dat het weigeren en voortijdig staken van CGT vooral bij bepaalde therapeuten plaatsvond, en hadden de indruk dat een gebrek aan warmte en empathie voor de patiënt en een arrogante houding van de therapeut daarvan een belangrijke oorzaak waren. De kwaliteit van de therapeutische relatie, beoordeeld door de patiënt tijdens de derde zitting van ERP bij OCS, heeft een significante relatie met het eindresultaat van de behandeling (Hoogduin, de Haan, & Schaap, 1989). Redenen te over dus om maximaal te investeren in een goede therapeutische relatie ter voorkoming van drop-outs.

¶ 2 Exposure en responspreventie

In deze fase worden de diverse aspecten van de klachten van de patiënt geïnventariseerd. Voorkomen en frequentie van dwanggedachten, dwanghandelingen en vermijdingsgedrag worden in kaart gebracht. Er wordt uitgebreid uitleg gegeven over de OCS, en over de rationale en gunstige resultaten van ERP. Iedere zitting wordt afge-

sloten met een samenvatting en huiswerk. Aangezien exposure en responspreventie de meest kritische elementen zijn van de behandeling, wordt daarop van het begin af aan de nadruk gelegd. Een uitgebreide beschrijving van de behandeling is te vinden in Verbraak en Hoogduin (2008a, 2008b). De zitting begint steeds met een bespreking van het huiswerk en de eventuele problemen die zich daarbij hebben voorgedaan. Er wordt een lijst aangelegd van de situaties die de patiënt vermijdt, met de bedoeling deze in een rangorde van makkelijk tot zeer moeilijk te ordenen. Hetzelfde gebeurt met de neutraliserende dwanghandelingen. Ook die worden in kaart gebracht door ze te rangschikken van makkelijk tot zeer moeilijk na te laten handelingen. Samen met de vermijdingssituaties wordt er een rangorde gemaakt van licht tot zwaar. In de huiswerkopdrachten wordt vervolgens afgesproken welke situaties de patiënt niet meer zal vermijden (exposure-opdracht) en welke dwanghandelingen niet langer worden uitgevoerd (responspreventie-opdracht).

De praktijk leert dat het tempo waarin patiënten het protocol doorlopen sterk kan wisselen. Het protocol leent zich echter goed om het tempo op de patiënt aan te passen. Vanaf zitting vijf vertonen de zittingen min of meer hetzelfde patroon: het vaststellen van de ernst van de klachten, de huiswerkbespreking, het exposure- en responspreventieprogramma uitbreiden, cognitieve interventies bespreken, aandacht voor het ondernemen van (sociale) activiteiten en nieuw huiswerk.

Iedere vijfde zitting wordt de behandeling geëvalueerd aan de hand van de Y-BOCS-score (zie hierna). Aan de hand van de metingen wordt de vooruitgang van de patiënt vastgesteld. De eerste meting vormt de baseline. Wanneer de patiënt zo goed als klachtenvrij is, wordt overlegd over het afsluiten van de behandeling. Is de verbetering meer dan 30% maar de patiënt nog niet klachtenvrij, dan is er alle reden om de behandeling voort te zetten.

Het optreden van negatieve *life events* kan er de oorzaak van zijn dat de verbetering beperkt is. In dat geval is het onjuist de koers van de behandeling te wijzigen. Aan het gebeurde en de verwerking ervan moet aandacht worden geschonken, mogelijk enkele sessies lang. Daarna kan de behandeling worden vervolgd (zie ook: Hoogduin & Verbraak, 2013).

De essentie van ERP is dat patiënten geleidelijk hun vermijdingsgedrag opgeven en zich blootstellen aan de door hen gevreesde situaties zonder neutraliserende responsen uit te voeren. Bij de neutraliserende activiteiten kan het gaan om dwanghandelingen (controleren, handenwassen), om cognitieve rituelen (checken van herinneringen, op een bepaalde geritualiseerde manier getallenreeksen bedenken), of om het inschakelen van partners of relevante

derden met stereotiepe vragen om geruststelling ("Zijn mijn handen nu echt schoon?").

Een belangrijk probleem bij de exposure is dat patiënten zich soms niet durven blootstellen aan de situaties die zij vrezen. De patiënt zal overreed en verleid moeten worden desnoods een heel klein stapje te zetten. Soms lukt zelfs dat niet. In die gevallen is het beter om over te gaan op responspreventie. Door een respons niet uit te voeren, ontstaat er een blootstelling aan de obsessieve angst. Naarmate de responspreventie verder wordt uitgebreid, nemen de perioden van blootstelling toe. Als een patiënt die gemiddeld honderd keer per dag zijn handen wast dat nog maar negentig keer doet, stelt hij zich onherroepelijk bloot aan zijn nare angsten en obsessieve gedachten over besmettingsgevaar. In het begin kan hij geruststelling vinden in de gedachte dat hij, wanneer hij per se zou willen, zijn handen kan wassen. Deze gedachten lijken of zijn misschien vermijdend, maar doen niet ter zake. Immers, wanneer de patiënt nog maar tien maal per dag zijn handen wast en hij in staat is de nare gedachten op te lossen door te denken dat hij straks wel degelijk zijn handen zou kunnen wassen, dan gaat hij steeds meer lijken op een gezond persoon. Sommige patiënten durven geen exposure-oefeningen te doen, terwijl ook de responspreventie niet lukt. In die gevallen kan geprobeerd worden de patiënt de rituelen pas na enkele tellen uit te laten voeren. Vervolgens wordt de periode van uitstel langzaam uitgebreid. Op een later moment kan meestal weer het protocol worden gevolgd.

Voor de beoordeling van de ernst van de OCS is de Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) het meest gebruikte instrument (zie voor een specimen: Verbraak & Hoogduin, 2008a). Het is een *rating scale*, wat betekent dat de onderzoeker in staat moet zijn de diverse items betrouwbaar te scoren. De schaal is na een korte training goed en in korte tijd (5-10 minuten) af te nemen. Door de schaal iedere zitting af te nemen en de scores in een grafiek weer te geven kunnen verbeteringen of verslechtingen goed zichtbaar gemaakt worden. Het instrument is gevoelig voor het meten van veranderingen (Dorfan & Woody, 2012). Bij een score van 8-15 is er sprake van een milde OCS, bij 16-23 van een matig ernstige, bij 24-31 van een ernstige, en bij 32-40 van een zeer ernstige OCS.

In de eerste fase van ERP wordt gekozen voor 10 zittingen in 8 weken. Na een ERP die volgens de regelen der kunst is uitgevoerd zal het merendeel van de patiënten een verbetering van meer dan 30% bereikt hebben (Hoogduin, 1986). Door de eerste zittingen tweemaal per week te laten plaatsvinden, kan de behandeling snel op gang komen. Voor het uiteindelijke resultaat maakt het tempo van de behandeling weinig verschil, hoewel het natuurlijk fijn is als

de patiënt eerder minder klachten heeft (Abramowitz et al., 2012). Patiënten die na 10 zittingen een verbetering van meer dan 30% hebben bereikt, hebben een grote kans met ERP verder te verbeteren. Bij hen dient de ERP dan ook voortgezet te worden.

In de MDRA wordt geadviseerd patiënten met alleen obsessies te behandelen met cognitieve therapie (CT). De argumentatie daarvoor luidt: 'Een speciale groep waarvan men mag veronderstellen dat deze baat heeft bij CT wordt gevormd door patiënten met uitsluitend obsessies zonder uitwendige [sic] dwanghandelingen en rituelen.' Ondersteuning hiervoor wordt gevonden in een studie van 6 patiënten (Freeston, Léger, & Ladouceur, 2001). Hoogduin, de Haan, Schaap en Arts (1990) vonden na toepassing van 10 zittingen ERP bij patiënten met alleen obsessies ($n = 26$) een verbetering van gemiddeld 32%. Ook Kirk (1983) rapporteert over 16 patiënten met alleen obsessies, behandeld met vooral exposure, bij 81% een goed resultaat. Geheel vergelijkbaar dus met de resultaten van ERP bij patiënten met zowel obsessies als dwangrituelen.

Bij patiënten met alleen obsessies is het vaak ingewikkeld de obsessieve gedachten, cognitieve rituelen, neutraliserende rationalisaties en vaak negatieve *self-statements* te onderscheiden. De exposure-oefeningen zijn gericht op de obsessies (zoals: 'Help, ik heb iemand kwaad gedaan/iemand besmet'). De cognitieve rituelen (tien keer achtereen een religieuze gedachte denken) en neutraliserende rationalisaties (in gedachten herhalen dat je niet iemand bent die expres iemand kwaad wil doen) zijn goed toegankelijk voor responspreventie. De negatieve *self-statements* (zoals: 'Als je zulke weerzinwekkende gedachten hebt, ben je pas echt een slecht mens') zijn te behandelen met een zelfcontroleprocedure (zie: Hoogduin, Hagenaars, & Keijsers, 2011).

Er zijn ook patiënten met alleen dwanghandelingen, zoals de *primary obsessional slowness* (Rachman, 1974). Bij patiënten met deze zogenaamde primaire dwangmatige traagheid ontbreken de angsten. De patiënt is vaak uren bezig met het uitvoeren van gewone dagelijkse dingen, zoals tandenpoetsen, zich aankleden en het huishouden doen. De behandeling van deze patiënten bestaat vooral uit responspreventie.

¶ 3 Exposure en responspreventie en cognitieve therapie

Patiënten met na 10 zittingen een verbetering van minder dan 30% krijgen als tweede stap een CT van 8 zittingen, waarbij de ERP wordt voortgezet. Er is voor 8 zittingen gekozen, omdat verwacht kan worden dat een eerste relevant effect in die 8 zittingen (gecombineerd met ERP) bereikt zal worden. Een ander argument voor de combinatie van ERP met CT is dat de ERP meer tijd krijgt om effect te sorteren. Uit de studie van de Haan et al. (1997) is gebleken dat vooral

patiënten met veel klachten er langer over doen om een goed resultaat bereiken. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de toevoeging van CT aan ERP behalve tot een relevant effect ook leidt tot minder drop-outs (APA, 2007, p. 63).

¶ 4 *Exposure en responspreventie, cognitieve therapie en een SSRI*

Bij een effect van minder dan 30% na de CT en ERP, volgt volgens de MDRA behandeling met een SSRI gedurende 12 weken, bij voorkeur in combinatie met een continueren van de ERP. De effectiviteit van een SSRI bij de OCS bedraagt bij ongeveer 50% van de patiënten meer dan 25%. Zo spreken Dougherty et al. (2012) over 40% tot 60% responders met een gemiddelde respons van 20% tot 40%. Over het effect van de sequentiële behandeling van SSRI ná ERP bestaan geen onderzoeksgegevens. Wanneer het effect na deze behandelfase groter is dan 50%, kan de behandeling na een zitting terugvalpreventie poliklinisch voortgezet worden met controle van de medicatie. Na een jaar wordt de medicatie geleidelijk gestopt. Van deze patiënten zal 30-60% dan terugvallen. Voor deze patiënten zal de medicatie mogelijk levenslang gecontinueerd moeten worden (van Balkom et al., 2013, p. 107). Voor patiënten die geen recidief ontwikkelen, kan de behandeling afgesloten worden.

¶ 5 *Intensieve exposure en responspreventie en een SSRI*

Voor de patiënten die minder dan 50% zijn hersteld van de combinatie van ERP en SSRI is door ons een extra stap aan de psychotherapeutische strategie van de MDRA toegevoegd. Deze stap bestaat uit een intensieve (eventueel *home-based*) ERP. In onderzoek leek een intensieve behandeling, bestaande uit 15 zittingen van 2 uur in 3 weken gegeven, een sterker beginneffect te hebben vergeleken met een reguliere behandeling, maar dit verschil bleek niet significant. Abramowitz, Foa, en Franklin (2003) adviseren deze intensieve behandeling toch toe te passen wanneer patiënten de exposure-oefeningen thuis niet durven uit te voeren, of wanneer de obsessieve angsten te maken hebben met rampzalige gebeurtenissen in het huis. Zij stellen dat uit klinische observaties blijkt dat *home-based* behandelingen nuttig kunnen zijn voor patiënten die geen baat hadden bij een eerdere behandeling met ERP.

¶ 6 *Expertconsultatie*

Bij een verbetering van minder dan 50% na de intensieve (eventueel *home-based*) therapie volgt een consultatie door een expert en, afhankelijk van diens advies, de keuze voor de volgende stap. Onder een expert wordt een persoon (of een team) verstaan die vele tientallen OCS-patiënten zelf heeft gediagnosticeerd en met succes behandeld. Het consult zal in eerste instantie een evaluatie van de diag-

nostiek en behandeling inhouden, en in beginsel resulteren in een advies om de MDRA te vervolgen.

¶ 7 Doorbehandelen met exposure en responspreventie

Wanneer de patiënt na 10 zittingen ERP meer dan 30% verbeterd is moet de ERP gecontinueerd worden. De duur daarvan wordt bepaald door de verdere verbetering op de Y-BOCS. Omdat de gemiddelde verbetering van ERP rond de 80% ligt, mag verwacht worden dat het uiteindelijke behandelresultaat in de buurt van 80% verbetering ligt. Pas wanneer blijkt dat in de laatste 5 zittingen de Y-BOCS-metingen geen verbetering meer laten zien, volgt de zitting met de bespreking van de terugvalpreventie. De behandeling wordt daarna nog 3 tot 6 maanden voortgezet met enkele booster-zittingen (APA, 2007, p. 29).

¶ 8 Zitting terugvalpreventie

Wanneer de ERP met een goed resultaat is afgesloten, is de kans op terugval van OCS-patiënten in vergelijking met andere psychische stoornissen relatief klein. Hoogduin, Duivenvoorden, Schaap en de Haan (1989) vonden bij een follow-up na 12 tot 36 maanden bij OCS-patiënten ($n = 42$) die waren behandeld met ERP een verdere verbetering van de dwangsymptomen en angstklachten. Slechts bij één patiënt was er sprake van een recidief (zie ook: Abramowitz et al., 2012). Voor een behandeling met een SSRI geldt een geheel andere verwachting: niet minder dan 30 tot 60% van de patiënten recidiveert na het staken van de medicatie.

De speciale aandacht die in de MDRA aan terugvalpreventie wordt besteed heeft vooral te maken met de farmacotherapie. Omdat deze behandeling ten minste één jaar wordt gecontinueerd, zal het vooral moeten gaan over die verdere behandeling. Immers, ook in deze periode waarin de SSRI gecontinueerd blijft, dreigt een recidief.

Bij een onderzoek naar de effecten van toevoeging van ERP als tweede stap na een behandeling met een SSRI, bleken, na randomisatie, de patiënten met de combinatiebehandeling (ERP en SSRI) significant meer verbeterd te zijn dan de patiënten met alleen een SSRI-behandeling. Bijzonder was dat de patiënten met alleen de SSRI-behandeling (de controlegroep) in het halfjaar dat de studie duurde gemiddeld 26% verslechterden op de YBOCS, terwijl de patiënten met de combinatietherapie 27% verbeterden (Tenneij, van Megen, Denys, & Westenberg, 2005; Kampman, Keijsers, Hoogduin, & Verbraak, 2002). Bij de met CGT behandelde patiënten is het belangrijk de weliswaar kleine kans op een terugval toch uitvoerig te bespreken. Ook is het van belang dat het de patiënt duidelijk is dat hij er alert op moet blijven niet opnieuw te gaan vermijden of

neutraliseren. Bij een onverhoopt recidief geldt wat voor iedere terugval geldt: zo snel mogelijk contact opnemen met de therapeut. De behandeling moet vervolgens zonder wachttijden direct weer vervolgd worden (NICE, 2005, p. 32).

FARMACOTHERAPIE EN DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN ANGSTSTOORNISSEN

Zoals eerder is gesteld, wordt de CGT in de MDRA bescheiden gepositioneerd. Ook in de farmacologische strategie van de MDRA (de 'rechterkolom' in figuur 1) heeft CGT een voornamelijk toegevoegde waarde. Een keuze voor farmacotherapie als voorkeursbehandeling met een vergelijkbare effectiviteit als ERP is zoals eerder aangegeven onjuist: de resultaten van farmacotherapie zijn immers niet gelijkwaardig aan die van ERP. Slechts voor patiënten met een ernstige depressie of voor patiënten bij wie de dwangklachten een symptoom zijn van een depressie verdient farmacotherapie de voorkeur. Hieronder worden enige aanvullingen op de farmacologische strategie in de MDRA gegeven.

¶ SSRI's

Voor de OCS-patiënt bestaan maar drie indicaties om met een SSRI te beginnen. Wanneer de OCS gepaard gaat met een ernstige depressie, moet de MDRA voor ernstige depressies gevolgd worden. Eveneens is dit het geval indien de dwangklachten een symptoom zijn van een depressie. Als een SSRI leidt tot verbetering van de depressieve klachten, zullen de meeste patiënten alsnog moeten instromen in een psychotherapeutische behandeling volgens de MDRA. Ook is er een indicatie voor die OCS-patiënten die, ondanks een goede voorlichting over de grotere effectiviteit van ERP, de kleinere kans op terugval en de afwezigheid van nare bijwerkingen, toch kiezen voor farmacotherapie.

Wanneer deze patiënten de eerste fase met een SSRI na 12 weken hebben afgesloten, dient in afwijking van de MDRA maar op grond van wetenschappelijke evidentie in alle gevallen vóór de volgende stap in het farmacotherapeutische stappenplan eerst een behandeling met ERP toegevoegd te worden. De effecten van deze toevoeging zijn voldoende onderzocht. In het gecontroleerde onderzoek van Tenneij et al. (2005) blijkt de toevoeging van ERP ook bij succesvol met een SSRI behandelde patiënten een verdere relevante verbetering te laten zien. De patiënten die ERP kregen toegevoegd aan de behandeling met SSRI verbeterden opnieuw 27%, terwijl de controlegroep met alleen SSRI 26% verslechterde(!). Ook Tolin (2012) vermeldt in zijn overzicht van zeven studies met een sequentiële

behandeling met SSRI gevolgd door ERP zowel bij responders als bij nonresponders een relevante klachtenreductie. Deze bevindingen kunnen alleen maar leiden tot een bijstelling van de MDRA: na de eerste SSRI-behandeling volgt een ERP-behandeling voordat mag worden overgegaan naar een nieuw farmacon.

De combinatie van een SSRI en ERP leidt mogelijk tot een grotere recidiefkans dan CGT alleen. In een pilotstudy werden de effecten van het staken van de SSRI onderzocht bij patiënten behandeld met drie maanden SSRI gevolgd door drie maanden behandeling met een combinatie van SSRI en ERP. Nadat na de combinatiebehandeling de score op de Y-BOCS 84% gedaald was, verslechterde deze score na beëindiging van de SSRI met 29% naar een klachtenreductie van 55% (Kampman, Hoogduin, Keijsers, Stoffelen, & Verbraak, 1999). Mogelijk kan een dergelijk ongewenst effect voorkomen worden door tijdens het stoppen met de SSRI de ERP te continueren.

¶ *Second opinion*

De behandeling volgens de MDRA vraagt van de patiënt die niet profiteert van de diverse behandelingen veel tijd. We spreken over jaren. Na de psychotherapie (40 weken) volgen vijf medicamenteuze behandelingen (60 weken). Na deze 100 weken (!) wordt in de MDRA voor het eerst een *second opinion* geadviseerd. Pas na twee jaar behandeling wordt een expert gevraagd de diagnose en de behandeling te evalueren. Wanneer de therapeut eerder een onjuiste diagnose heeft gesteld of een onjuiste behandeling heeft toegepast, heeft de patiënt daar mogelijk twee jaar onder geleden. Kortom, de consultatie door een expert dient veel eerder plaats te vinden, bijvoorbeeld voor de start van de clomipraminebehandeling (zie figuur 1).

SLOT

Behandeling van de OCS met ERP en/of een SSRI leidt meestal tot een goed resultaat. Van de in de MDRA genoemde vervolgstappen met diverse psychofarmaca of direct op de hersenen inwerkende biologische behandelmethoden valt veel minder te verwachten. De essentie van het verbeteren van het behandelresultaat bestaat vooral uit het voorkomen van het weigeren van ERP, het voorkomen van drop-outs en het in de behandeling volgens de MDRA inschakelen van een expert (centrum). Patiënten met een OCS stellen relatief hoge eisen aan de ervaring en scholing van de therapeut. Er komen immers relatief weinig OCS-patiënten in behandeling, waardoor veel therapeuten niet de gelegenheid krijgen voldoende ervaring op te doen. Het verdient daarom aanbeveling dat in ieder behandelcen-

trum enkele therapeuten zich specialiseren in de behandeling van OCS-patiënten. Ook dat zal zeker bijdragen tot een beter behandelresultaat.

PROF. DR. KEES HOOGDUIN, zenuwarts, is verbonden aan het HSK Expertisecentrum Conversiestoornis te Utrecht. Hij was voorzitter van het bestuur van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie.

DR. ARNOLD VAN EMMERIK, psycholoog en cognitief-gedragstherapeut, is als onderzoeker en docent verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Hij is voorzitter van de besturen van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en van de Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, en lid van het bestuur van P3NL.

Referenties

- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 394-398.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2012). Exposure-based treatment for obsessive compulsive disorder. In G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 322-344). Oxford: Oxford University Press.
- APA (American Psychological Association) (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychological Association) (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- de Haan, E., van Oppen, P., van Balkom, A. J. L. M., van Spinhoven, P., Hoogduin, C. A. L., & van Dyck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 354-361.
- Dorfan, N. M., & Woody, S. R. (2012). Assessing OCD symptoms and severity. In G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 291-306). Oxford: Oxford University Press.
- Dougherty, D. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2012). Pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder. In G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., & Visser, S. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emmelkamp, P. M. G., & Foa, E. B. (1983). Failures are a challenge. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 1-9). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 55-60.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., & Doppelt, H. G. (1983). Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 10-34). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Freeston, M. H., Leger, E., & Ladouceur, R. (2001). Cognitive therapy of obsessive thoughts. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 61-78.

- Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2008). Compulsive hoarding. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & S. Taylor (Eds.), *Clinical handbook of obsessive-compulsive disorder and related problems* (pp. 109-125). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Gittleman, N. L. (1966a). The effects of obsessions in depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 253-259.
- Gittleman, N. L. (1966b). The phenomenology of obsessions in depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 264-264.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., & Mazure, C. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., & Mazure, C. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Hoogduin, C. A. L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C. A. L. (2011). De meesterproef: Behandeling van dwangneurose. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 66, 362-366.
- Hoogduin, C. A. L., & Duivenvoorden, H. J. (1988). A decision model in the treatment of obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 152, 516-521.
- Hoogduin, C. A. L., Duivenvoorden, H., Schaap, C., & de Haan, E. (1989). Outpatient treatment of obsessive-compulsives: Outcome, prediction of outcome and follow-up. In P. M. G. Emmelkamp, W. T. A. M. Everaerd, F. Kraaimaat, & M. J. van Son (Eds.), *Fresh perspectives on anxiety disorders* (pp. 166-172). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger BV.
- Hoogduin, C. A. L., de Haan, E., & Schaap, C. P. D. R. (1989). The significance of the patient-therapist relationship in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 185-186.
- Hoogduin, C. A. L., de Haan, E., Schaap, C., & Arts, W. (1990). Exposure and response prevention in patients with obsessions only. *Acta Psychiatrica Belgica*, 87, 640-653.
- Hoogduin, C. A. L., Hagens, M., & Keyers, G. P. J. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met ongewenste gewoonten. In G. P. J. Keyers, A. van Minnen, & C. A. L. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 381-414). Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, C. A. L., & Verbraak, M. J. P. M. (2013). Behandelingen van patiënten met een obsessieve compulsieve stoornis. In: P. M. G. Emmelkamp, & C. A. L. Hoogduin (red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 151-176). Amsterdam: Boom.
- Kampman, M., Hoogduin, C. A. L., Keijsers, G. P. J., Stoffelen, P. E. Q. W., & Verbraak, M. J. P. M. (1999). Fluoxetine en cognitieve gedragstherapie bij dwangstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 603-610.
- Kampman, M., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Verbraak, M. J. P. M. (2002). Addition of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder patients non-responding to fluoxetine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 314-319.
- Kirk, J. W. (1983). Behavioral treatment of obsessional compulsive patients in routine clinical-practice. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 57-62.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Dyck, I. R., & Rasmussen, S. A. (2011). Patient utilization of cognitive-behavior therapy for OCD. *Behavior Therapy*, 42, 399-412.
- Moleman, P. (2004). *Praktische psychofarmacologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A., ... Kawamoto, M. (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder: Effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 74, 269-276.

- NICE (2005). *Obsessive-compulsive disorder clinical guideline 31*. Londen: National Collaborating Centre for Mental Health.
- Olantunji, B. O., Rosenfield, D., Tart, C. D., Cottraux, J., Powers, M. B., & Smits, A. J. (2013). Behavioral versus cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder: An examination of outcome and mediators of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 415-428.
- Purdon, C. (2012). Assessing comorbidity, insight, family and functioning in OCD. In G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 322-344). Oxford: Oxford University Press.
- Rachman, S. (1974). Primary obsessional slowness. *Behaviour Research and Therapy, 12*, 9-18.
- Tenneij, N., van Megen, H. J. G. M., Denys, D. A. J. P., & Westenberg, H. G. M. (2005). Behavior therapy augmented response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*, 1169-1175.
- Tolin, D. F. (2012). Combining pharmacotherapy and psychological treatment for OCD. In G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 365-375). Oxford: Oxford University Press.
- Tsao, J. C. I., Lewin, M., & Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 357-371.
- van Balkom, A. J. L. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Groenestijn, A. C., Akkerhuis, G. W., Kupka, R. W., Schneider, N., & Nolen, W. A. (1998). *scid-I. Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV as-I stoornissen*. Amsterdam: Pearson.
- van Minnen, A., Hoogduin, C. A. L., Keijsers, G. P. J., Hellebrand, I., & Hendriks, G. J. (2003). Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine. *Archives of General Psychiatry, 60*, 517-522.
- Verbraak, M. P. J. M., & Hoogduin, C. A. L. (2008a). *Behandelprotocol obsessieve compulsieve stoornis. Therapeutenboek*. Amsterdam: Boom.
- Verbraak, M. P. J. M., & Hoogduin, C. A. L. (2008b). *Behandelprotocol obsessieve compulsieve stoornis. Werkboek*. Amsterdam: Boom.
- Verdellen, C., Hoogduin, K., de Kemp, E., Methorst, G., & Verbraak, M. (1996). Dwang en depressie: Differentiële diagnostiek. *Directieve Therapie, 16*, 120-129.