



Groeps-, individuele en gecombineerde behandeling van de obsessieve-compulsieve stoornis

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht & Altrecht Academisch Angstcentrum

Begeleidster: Dr. D.C. Cath

september 2014

S. van der Klooster (3519767)

Samenvatting. Het primaire doel van dit onderzoek was te achterhalen welke behandelvorm het meest geschikt is voor de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS): individuele of groepstherapie? De effectiviteit van beide is tot dusver niet optimaal en eerdere onderzoeken hierover leiden niet tot een eenduidige conclusie. Hierom zijn de Y-BOCS-scores voorafgaand en na afloop van therapie van 95 patiënten bij het Altrecht Academisch Angstcentrum (AAA), gediagnosticeerd met OCS, vergeleken. De patiënten in de leeftijd van 18-67 jaar voltooiden in 5-53 zittingen een individuele of groepsbehandeling, of een combinatie van beide. Daarnaast werden de 23 drop-outs op verschillende patiëntkarakteristieken vergeleken met degenen die de behandeling hadden voltooid. Er bleek geen verschil in effectiviteit te zijn tussen een individuele, groeps- of gecombineerde behandeling. Verder was er geen verband tussen leeftijd, ernst van obsessieve-compulsieve of depressieve klachten en *hoarding* enerzijds en het al dan niet uitvallen uit therapie anderzijds. Wel zijn er aanwijzingen dat drop-outs meer last hebben van hostiliteit en paranoïde gedachten en dat psychosociale factoren en eerdere negatieve behandelervaringen een rol spelen. Concluderend kan gesteld worden dat de behandelvorm geen invloed heeft op het behandelresultaat. Deze bevindingen hebben implicaties voor toekomstige behandeling.

Abstract. The primary aim of the study was to determine which form of treatment is most suitable for the obsessive-compulsive disorder (OCD): individual or group therapy? Previous studies on this subject do not lead to an unambiguous conclusion and so far, the effectiveness of those two is not considered optimal. To this end, the Y-BOCS scores before and after therapy of 95 patients of the Altrecht Academic Anxiety Center, diagnoses with OCD, are compared. The patients aged 18-67 years and finished in 5-53 sessions an individual or group therapy, or a combination of both. In addition, the 23 dropouts were compared to the completers of treatment in different patient characteristics. There were no differences in effectiveness between the individual, group or combined treatment. Besides, there seems to be no correlation between age, obsessive-compulsive symptoms, hoarding or depressive symptoms on the one hand and whether or not completing therapy on the other hand. There are indications that dropouts suffer more hostility and paranoid thoughts, psychosocial factors and prior treatment history. Conclusion is that the form of treatment does not influence the treatment effect. These findings have implications for treatment.

Voorwoord

Het Altrecht Academisch Angstcentrum vormt een duidelijke brug tussen wetenschap en behandeling. Dit motiveerde mij om hier het masteronderzoek te verrichten naar de effectiviteit van behandeling van de obsessieve-compulsieve stoornis. Ik heb veel geleerd van de zeer gespecialiseerde medewerkers. Mijn dank gaat uit naar onderzoeksassistenten D. Beetsma, M. Huisman en S. Thunnissen en natuurlijk naar mijn begeleidster dr. D.C. Cath. Ook wil ik medestudent K.A. Zuidervliet bedanken voor de goede samenwerking. Alhoewel wij ieder een aparte thesis inleveren, hebben wij het grootste gedeelte van het literatuuronderzoek, de methodiek, datapreparatie en statistische analyses samen verricht en de betreffende onderdelen in onderling overleg geschreven. Hieronder een overzicht van de verantwoordelijkheid per onderdeel:

Inleiding

Introductie: Susanne

Individuele versus groepstherapie (deelvraag 1): Susanne

Drop-outs (deelvraag 2): Kelly en Susanne

Predictoren van behandeluitkomst (deelvraag 3; niet verwerkt in huidige thesis): Kelly

Methoden

Participanten en meetinstrumenten: Kelly

Behandeling, procedure, onderzoeksdesign en statistische analyse: Susanne

Resultaten

Analyses deelvraag 1: Kelly en Susanne

Analyses deelvraag 2: Susanne (afzonderlijk)

Analyses deelvraag 3: Kelly (niet verwerkt in huidige thesis)

Discussie: Kelly en Susanne (afzonderlijk)

Inhoudsopgave

Voorblad.....	1
Samenvatting.....	2
Voorwoord.....	3
Inhoudsopgave.....	4
Inleiding	5
Methoden.....	12
Resultaten.....	19
Discussie	25
Referenties.....	29
Bijlagen.....	35

Inleiding

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) kan beschouwd worden als een ernstige psychische aandoening. Het staat op de tiende plek van de meest invaliderende medische stoornissen in de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, naar "World Health Organisation"; Murray et al., zoals geciteerd in Schuurmans et al., 2012). De stoornis veroorzaakt significante interferenties met de mogelijkheid om te werken en gezonde relaties op te bouwen met anderen (Schuurmans et al., 2012). De OCS wordt gerapporteerd bij 2-3 % van de adolescenten en volwassenen en is daarmee de vierde meest voorkomende psychiatrische diagnose (Sadock & Sadock, 2007). Gezien de ernst en prevalentie van de OCS is het van belang te onderzoeken hoe individuen met deze stoornis het beste behandeld kunnen worden.

De vierde, herziene editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (DSM-IV-T; American Psychiatric Association, 2011) onderscheidt bij de OCS dwanggedachten en dwanghandelingen, welke afzonderlijk en tezamen kunnen optreden. Dwanggedachten worden hierin gedefinieerd als recidiverende en aanhoudende gedachten, impulsen of voorstellingen, die 1) als opgedrongen en misplaatst beleefd worden en duidelijke angst of lijden veroorzaken, 2) niet omschreven kunnen worden als een overdreven bezorgdheid, 3) de persoon probeert te negeren, onderdrukken of neutraliseren met een andere gedachte of handeling en 4) zoals de persoon zich bewust is, het product zijn van de eigen geest. Dwanghandelingen daarentegen worden ten eerste gekenmerkt door zich herhalend gedrag of psychische activiteit, waartoe betrokkene zich gedwongen voelt in reactie op een dwanggedachte, of gekenmerkt door het zich aan regels houden die rigide moeten worden toegepast. Ten tweede zijn deze gedragingen of psychische activiteiten gericht op het voorkómen of verminderen van het lijden, of op het voorkómen van een bepaalde gevreesde gebeurtenis; er is echter geen sprake van een realistische samenhang tussen beide, of deze is duidelijk overdreven (American Psychiatric Association, 2011). De OCS kan worden onderverdeeld in vier dimensionele subtypen, oftewel symptoomdimensies (Fibbe, Cath & van Balkom, 2011). Deze symptoomdimensies behelzen 1) smetvrees en wasdwang, 2) obsessies over schade berokkenen aan zichzelf of anderen, en controledwang, 3) ordenen en/of nastreven van symmetrie en 4) pathologische verzamelwoede (Bloch et al., 2008; Leckman et al., 1997; Mataix-Cols et al., 2004; McKay e.a., 2004, zoals geciteerd in Fibbe, Cath & Balkom, 2011).

De belangrijkste behandelingen die ontwikkeld zijn voor de OCS zijn farmacologische therapieën (serotonine heropnameremmers en het tricyclische antidepressivum clomipramine), cognitieve therapie (CT), gedragstherapie (GT) en een combinatie van beide (cognitieve gedragstherapie, CGT). Sadock en Sadock (2007) stellen dat zowel farmacotherapie als gedragstherapie effectief is in het verminderen van obsessieve-compulsieve symptomen, waarbij gedragstherapie minimaal zo effectief is en meer effect lijkt te hebben op de langere termijn. Hoewel ook de effectiviteit van CT is aangetoond, is in Nederland exposure in vivo met responspreventie (ERP) de standaard psychotherapeutische behandeling (<http://www.ggzrichtlijnen.nl>). Bij deze vorm van GT wordt de patiënt blootgesteld aan angstopwekkende stimuli zonder de bijbehorende dwanghandeling uit te mogen voeren. Behandelingen worden zowel in groepsvorm als individueel aangeboden.

Tot op heden blijkt de effectiviteit van zowel individuele als groepsbehandeling van de OCS echter niet optimaal (Raffin et al., 2009; Eddy et al., 2004). Hoewel in de meta-analyse van 13 studies naar het behandel-effect bij de OCS (Eddy et al., 2004) een indrukwekkende *effect size* wordt gevonden (1.52, S.D.=.66, berekend met Cohen's *d*), valt de gemiddelde score van 12.70 op de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) ten tijde van de nameting nog net in het zogenaamd klinisch significante gedeelte (Feske & Chambless, 2000, zoals geciteerd in Eddy et al., 2004). Het is om deze reden belangrijk om meer inzicht te krijgen in welke behandelvorm het meest geschikt is en welke factoren mogelijk nog meer van invloed zijn op de effectiviteit van de behandeling.

Individuele versus groepstherapie

De effectiviteit van individuele psychologische behandelingen bij de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is veelvuldig aangetoond (Eddy et al., 2004). Maar ook groepstherapie blijkt effectief in het verminderen van obsessieve-compulsieve symptomen (Fenger et al, 2007, Oei et al., 2006, Cordioli et al., 2003, Krone et al., 1991). Alhoewel Fineberg en collega's (2005) in een vergelijking van groeps-CGT en relaxatietherapie (RT) in beide condities niet meer dan een trend naar verbetering vonden, ontdekten Cordioli en collega's (2003) dat cognitieve gedragstherapie (CGT) gegeven in een groep de intensiteit van obsessieve-compulsieve klachten vermindert doordat de intensiteit van overgewaardeerde ideeën afneemt en

de kwaliteit van het leven verbetert, resultaten die niet gehaald werden in de wachtlijstgroep. Jónsson & Hougaard (2009) vonden eveneens dat groepstherapie met responspreventie (ERP) of CGT effectieve behandelvormen zijn voor de OCS, alhoewel zij opmerkten dat de gevonden effectgroottes kleiner waren dan die van meta-analyses omtrent de effectiviteit van individuele therapie. Is er een aantoonbaar significant verschil in het effect van individuele en groepstherapie bij OCS?

Het eerste onderzoek naar het verschil tussen individuele en groepstherapie, waarbij gebruik werd gemaakt van een controlegroep van patiënten die spierontspanningsoefeningen ondergingen, is verricht door Fals-Stewart, Marks en Schafer (1993). Hoewel patiënten in individuele behandeling in vergelijking met de groep een snellere afname toonden in de ernst van obsessieve-compulsieve symptomen, bleken beide behandelvormen aan het eind van de behandeling van 24 zittingen even effectief in het verminderen van ongemak door obsessieve-compulsieve symptomen alsook van gevoelens van angst en depressie. Deze onderzoeksresultaten zijn gerepliceerd door Anderson en Rees (2006), Whittal en collega's (2008) alsmede Jaurrieta en collega's (2008b; tabel 1). Jónsson, Hougaard, en Bennedsen (2010a) toonden eveneens aan dat patiënten met een OCS even effectief behandeld kunnen worden in een groepssetting als individueel, hetgeen zo'n 25% besparing opleverde van de 19 therapeuten. Daarnaast ontdekten zij dat de afname van disfunctionele gedachten bij OCS-patiënten in de groeps- en individuele therapie vergelijkbaar verliep, maar dat wanneer werd gecontroleerd voor een verandering in depressie, het teveel aan verantwoordelijkheidsgevoel samenhangend met de verandering van obsessieve-compulsieve symptomen alleen in groepstherapie significant afnam (Jónsson, Hougaard, en Bennedsen, 2010b). Dit suggereert enige toegevoegde waarde van groepstherapie in de behandeling van de OCS.

In een meta-analyse zijn bovenstaande onderzoeken van Fals-Stewart, Marks en Schafer (1993), Anderson en Rees (2006), Jaurrieta en collega's (2008a) en Jónsson, Hougaard, en Bennedsen (2010a) nader onderzocht en werd gevonden dat een kleine superioriteit van de individuele behandeling niet kon worden uitgesloten (Jónsson, Hougaard, en Bennedsen, 2010a). Hans en Hiller (2013) vonden eveneens in een meta-analyse dat individuele behandeling significant beter is dan groepsbehandeling bij patiënten met een OCS, maar verklaren dit door

Tabel 1

Overzicht van onderzoeken naar verschillen tussen individuele therapie en groepsbehandelingen voor de obsessieve-compulsieve stoornis

Referentie	Groep	N	Design	Uitkomstmaat	Uitkomst
Fals-Stewart, Marks en Schafer (1993)	Poliklinische patiënten met primaire DSM-III-diagnose OCS	93	RCT met drie groepen: CGT in de groep of individueel of spierontspanning	Y-BOCS BDI, SAS	Hoewel individueel behandelde patiënten snellere verbetering toonden, zijn individuele en groepsbehandeling even effectief in de vermindering van ongemak door OCS-symptomen.
Fineberg en collega's (2005)	Participanten met DSM-IV-diagnose OCS gedurende minimaal een jaar	41	Beurtelings toegewezen aan CGT of relaxatietherapie (RT; 2x3 groepen)	Y-BOCS CGI-S, MADRS, SASS & HAS	Uit alle metingen blijkt geen verschil in verbetering tussen de CGT en de RT-groep. Het verschil in drop-outs (35% in de RT en 4% in de CGT) suggereert dat CGT-groepsbehandeling meer acceptabel gevonden wordt.
O'Connor en collega's (2005)	Patiënten met hoofddiagnose OCS; amper openlijke compulsies	26	Gerandomiseerd verdeeld over de individuele of groeps-CGT	ADIS-IV Y-BOCS Self-monitoring	Zowel in individuele als groeps-CGT werd significante klinische verandering in symptomen zonder compulsies geproduceerd, maar deze was groter in de individuele.
Anderson en Rees (2006)	Gerekruteerde participanten met DSM-IV-hoofddiagnose OCS	51	RCT met drie groepen: individuele CGT, groeps-CGT of de wachtlijst	Y-BOCS BDI, GAF, Q-LES-Q	Bij nameting was 41% van individueel behandelde patiënten versus 20% van in groepen behandelde patiënten hersteld, maar bij follow-up veranderden deze percentages in respectievelijk 23% en 22%.
Whittal en collega's (2008)	Gerekruteerde participanten met DSM-IV-hoofddiagnose OCS	59	Gerandomiseerd toegewezen aan CGT of ERP	Y-BOCS SCID	Bij individuele behandeling toonden CT en ERP evenveel reductie in OCS-symptomen, maar onder groepsbehandeling hadden degenen met ERP significant lagere scores op de Y-BOCS. Herstel- en terugvalstatus zijn gelijk voor individuele en groepsbehandeling.
Jaurrieta en collega's (2008a)	Poliklinische patiënten met DSM-IV-diagnose OCS en farmacotherapie	57	RCT met drie groepen: groepsbehandeling, individuele behandeling en de wachtlijstgroep	Y-BOCS HAM-AD	Zowel individuele als groeps-CGT bereikte een significante afname in angst- en depressiesymptomen. Hoewel individueel behandelde patiënten ook een significante afname van OCS-symptomen toonden, was het drop-outgehalte tweemaal zo groot als in de groepsconditie.
Jaurrieta en collega's (2008b)	Poliklinische patiënten met DSM-IV-diagnose OCS met tegelijkertijd farmaceutische therapie	38	RCT met drie groepen: groeps- en individuele behandeling (wachtlijstgroep)	Y-BOCS HAM-AD	Tot 6 en 12 maanden na afloop van behandeling werd zichtbare klinische verbetering behouden; hierbij was geen verschil tussen de resultaten van individuele en groeps-CGT. In beide condities vielen meer vrouwen uit.
Jónsson, Hougaard, en Bennedsen (2010a)	Participanten met DSM-IV-hoofddiagnose OCS, Y-BOCS-score \geq 16, 20-27 jaar, beheersing Deens	110	Gerandomiseerd (en blind) toegewezen aan groeps-CGT of individuele CGT in blokken van 12 bij 9. Meta-analyse.	Y-BOCS OCI-R, BDI, BAI, Patient evaluation questionnaire	OCS kan effectief behandeld worden in een groepssetting, al werd in de meta-analyse van huidige studie en drie toegevoegde vergelijkende onderzoeken een kleine superioriteit van de individuele behandeling gevonden.
Jónsson, Hougaard, en Bennedsen (2010b)	Participanten met DSM-IV-hoofddiagnose OCS, Y-BOCS-score \geq 16, 20-27 jaar, beheersing Deens	70	Gerandomiseerd (en blind) toegewezen aan groeps-CGT of individuele CGT in blokken van 12 bij 9.	Y-BOCS RAS, TAFS, BDI-II	Groeps en individuele therapie produceren gelijke verandering in disfunctionele aannames en gelijke associaties tussen deze verandering en die in OCS-symptomen. Bij controle voor depressie blijft enkel de verandering in 'toegenomen verantwoordelijkheidsgevoel' significant geassocieerd met verandering van OCS-symptomen in groepstherapie
Hans en Hiller (2013)	Participanten met een hoofddiagnose angststoornis, bijv. OCS	541 8	Meta-analyse: 27 studies naar effectiviteit van CGT voor OCS (totaal: 71 studies)	Bijvoorbeeld Y-BOCS bij OCS	Hoewel zowel individuele als groepstherapie een vermindering van stoornisspecifieke klachten geeft, blijkt individuele therapie bij OCS effectiever.

het feit dat degenen die individuele behandeling ondergingen gemiddeld zes behandelsessies meer hadden gekregen. O'Connor en collega's (2005) suggereren dat de invloed van een groepsformat kan liggen in de waarde van gedeelde sociale steun en het motiverende effect van peer feedback, maar ten koste gaat van individuele behandeldoelen.

Aangezien bovengenoemde onderzoeksresultaten niet leiden tot een eenduidige conclusie omtrent een eventueel verschil in behandel-effectiviteit tussen individuele en groepstherapie, is het van belang hier meer duidelijkheid over te verkrijgen. Zodoende kan worden bepaald welke therapievorm de voorkeur heeft, individueel of groep.

Drop-outs

Naast de therapievorm zijn er nog meer factoren die de behandeluitkomst van een patiënt met obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) kunnen voorspellen. Identificatie van predictoren van behandeluitkomst is nuttig voor de klinische praktijk. Collega-masterstudent K.A. Zuidervliet (2014) behandelt in haar onderzoeksverslag de deelvraag over predictoren van behandeluitkomst. In huidig onderzoek zullen de karakteristieken van drop-outs onderzocht worden.

Drop-outs zijn patiënten die na intake of tijdens de behandeling stoppen met verdere behandeling. In de behandelpraktijk maar ook in klinisch onderzoek komen drop-outs veel voor (Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007). In studies naar cognitieve en gedragstherapie (CGT) wordt echter weinig aandacht besteed aan het aantal drop-outs in de klinische praktijk (Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007). Veel individuen vallen permanent uit bij de behandeling van de OCS, waarbij sommigen niet eens aan behandeling beginnen (Aderka et al., 2011). Het percentage drop-outs onder patiënten met een OCS die hiervoor CGT ondergaan, ligt tussen 13%-27% (Abromowitz, 1997; Foa et al., 2005, Taylor et al., 2003, zoals geciteerd in Aderka et al., 2011).

Drop-outs vormen geen homogene groep (Aderka en collega's, 2011). In hun onderzoek, waarbij diegenen die de therapie afronden (de zogenaamde *completers*) werden vergeleken met zowel individuen die vroeg in de behandeling uitvielen als zij die later uitvielen, bleken ten eerste enkel de vroege drop-outs te verschillen van de andere groepen, in zoverre dat zij in vergelijking met de andere groepen meer obsessieve-compulsieve symptomen vertoonden bij vervolgmeting. McLean en collega's (2001), vonden als enig onderscheid tussen drop-outs en

completers dat er bij de eerste groep aanvankelijk hogere ernstscores op de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen & Mazure, 1989a; Goodman, Price, Rasmussen, & Mazure, 1989b; Nederlandse vertaling door Arrindell, Albersnagel & van Oppen, 1990) zijn en zagen dit ook als mogelijke verklaring voor de drop-outs. Dit resultaat wordt tegengesproken door Hansen, Hoogduin, Schaap, & de Haan, 1992), die vonden dat drop-outs bij de intake minder hoog scoorden op de Leyton Obsessional Card Inventory, een vragenlijst die de ernst van obsessieve-compulsieve klachten meet.

Ten tweede bleken late drop-outs significant jonger te zijn dan volbrengers van therapie (Aderka et al., 2011). Ook Werbart (2012) stelt dat jongeren eerder stoppen met behandeling, en daarnaast dat ouderen er minder snel aan beginnen. Levy en collega's (2013) vonden daarentegen juist dat jongere patiënten vaker de behandeling afronden. Ook uit onderzoek van Pinto-Meza en collega's (2011) blijkt dat ouderen sneller uitvallen. Er zijn derhalve tegenstijdige onderzoeksresultaten betreffende de invloed van zowel de ernst van de OCS als de leeftijd op het al dan niet afronden van de behandeling.

De bevindingen voor een derde factor, depressiviteit als predictor van drop-out, zijn eenduidiger. Patiënten met ernstige depressieklachten volgens de BDI tonen minder afname van OCS-klachten dan degenen die minder of niet depressief zijn (Abramowitz, Franklin, Street, Kozak, & Foa, 2000). Depressiviteit heeft ook effect op de kans op drop-out. Levy en collega's (2013) vonden dat participanten die de behandeling afronden minder vaak een depressieve stemming hebben dan drop-outs. Aderka en collega's (2011) vonden dat met name bij de vroege drop-outs het depressieniveau bij de voormeting groter was. Abramowitz en Foa (2000) tenslotte vonden dat comorbide ernstige depressie niet gecorreleerd was aan behandelfalen, maar dat niet-depressieve OCS patiënten meer van behandeling lijken te kunnen profiteren (in zoverre dat zij minder OCS-klachten vertonen bij de nameting en follow up).

Tenslotte lijkt ook pathologische verzamelwoede oftewel *hoarding* drop-out te voorspellen (Black, 1998). Uit onderzoek van Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak en Baer (2002) blijkt dat 27% van de 52 patiënten met *hoarding* obsessies en/of compulsies voortijdig stopte met de therapie tegenover slechts 12% van de 101 patiënten zonder *hoarding* symptomen.

Hansen en collega's (1992) vonden, naast een hogere score op de Y-BOCS, nog andere kenmerken die drop-outs zouden karakteriseren. Zo lijken drop-outs meer incongruente

verwachtingen van de behandeluitkomsten te hebben, zijn zij kritischer over de therapeut, ervaren zij minder angst in het uitvoeren van de huiswerkopdrachten en staan zij minder vaak onder druk van naasten. Mancebo, Eisen, Sibrava, Dyck en Rasmussen (2011) stellen tenslotte dat de aantallen drop-outs bij CGT significant groter zijn dan bij klinische *trials* waarin intensieve schema's van exposure en responspreventie (EX/RP) worden gebruikt. De frequentst genoemde redenen om niet te participeren of te stoppen met de behandeling (gedurende CGT) waren angsten aangaande behandelparticipatie en ervaren barrières uit de omgeving, zoals de onbeschikbaarheid van CGT, drukte van de patiënt of het gegeven dat patiënt zich de kosten niet kon veroorloven.

De hierboven beschreven onderzoeksresultaten zijn niet met elkaar in overeenstemming. Het is van belang meer duidelijkheid te verkrijgen over een eventueel verschil tussen drop-outs en *completers*, zodat de behandeling van individuen met een OCS verbeterd kan worden.

Huidig onderzoek

Doel van onderhavig onderzoek is te achterhalen welke behandelvorm het meest geschikt is voor de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) en welke patiëntkenmerken drop-out voorspellen. Ten eerste wordt onderzocht of er een verschil bestaat tussen individuele en groepsbehandeling bij patiënten met een OCS. Aangezien (zoals hierboven aangegeven) uit méér onderzoek is gebleken dat er geen verschil is tussen beide behandelvormen, dan dat individuele therapie effectiever is dan groepstherapie, verwachten wij dat beide behandelingen even effectief zullen zijn.

Ten tweede wordt onderzocht wat de karakteristieken zijn van de drop-outs in vergelijking met degenen die behandeling afronden. Onderzoek hiernaar is - voor zover aanwezig - conflicterend. Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten wordt allereerst onderzocht welke rol de ernst van de obsessieve-compulsieve symptomen, depressiviteit, hoarding en de leeftijd hierbij spelen. Er wordt bij alle vier factoren een significant verschil verwacht tussen drop-outs en *completers*, maar op basis van de weinige en tegenstrijdige onderzoeksresultaten geen specifieke richting verwacht. Tenslotte worden ook andere patiëntkarakteristieken die wellicht bepalen of een patiënt zich bij het Altrecht Academisch

Angstcentrum tot drop-out ontwikkelt, vanuit vragenlijsten die hier worden afgenomen (zie methoden) nader exploratief onderzocht.

Methoden

Participanten

De participantengroep bestaat uit 98 patiënten van het Altrecht Academisch Angstcentrum (AAA), die hier tussen 2007 en 2013 behandeld zijn. Het AAA is gepositioneerd binnen de poliklinieken van Altrecht Cura, en daar worden overwegend patiënten met ernstige en/of therapieresistente angst- en OCS spectrum stoornissen behandeld. Zij zijn door een ervaren psycholoog of psychiater gediagnosticeerd volgens de DSM-IV-TR-criteria (American Psychiatric Association, 2000), geverifieerd met hulp van de SCID-I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) en deels op basis van ernst, deels om praktische overwegingen toegewezen aan een bepaalde behandelgroep (individueel, groep of een gecombineerd traject). Bij 81 participanten werd een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) als hoofddiagnose gesteld. Bij allen, inclusief patiënten met OCS als tweede, derde of vierde diagnose, heeft vervolgens bij het AAA behandeling van OCS plaatsgevonden (gemiddelde behandelduur: 21 zittingen). Het behandeltraject (van voormeting tot nameting), dat in dit onderzoek geëvalueerd wordt, is reeds afgerond door de patiënten. Patiënten die het behandeltraject nog niet hebben afgerond of van wie voor- of nametingen ontbraken, zijn uitgesloten van het onderzoek. Dit gold ook voor patiënten die direct zijn doorverwezen en die derhalve geen behandeling en onderzoek bij het AAA hebben ondergaan. De 23 drop-outs (23,5% van de totale participantengroep), worden diensgevolge enkel gevormd door de patiënten gediagnosticeerd met OCS die na aanvang van de behandeling (om verschillende redenen) zijn gestopt. Drie drop-outs zijn bij deelvraag 1 buiten beschouwing gelaten, aangezien het aantal behandelsessies van deze participanten niet achterhaald kon worden.

In het onderzoek zijn derhalve drie behandeltrajecten geconstrueerd: individuele behandeling, groepsbehandeling en een combinatie van beide. Patiënten uit het individuele traject volgden enkel individuele behandeling. Patiënten uit het groepstraject volgden minimaal 11 van de 15 behandelsessies in groepsverband (criterium voor de *completers* analyse, zie

paragraaf ‘Statistische analyses’) en hadden daarnaast niet meer dan vijf individuele (begeleidende) gesprekken. Patiënten uit het gecombineerde traject, de zogenaamde mixgroep, hadden meer dan vijf individuele gesprekken naast het groepstraject.

De gemiddelde leeftijd van de participanten was 33,46 jaar ($SD = 1,056$), met een minimum van 18 jaar en een maximum van 67 jaar. Zes participanten hadden een niet-westerse nationaliteit. Achttien participanten gebruikten medicatie ten tijde van de voormeting en 26 participanten ten tijde van de nameting. Demografische gegevens (sekse, opleiding en aantal behandelsessies) van de participanten zijn terug te vinden in tabel 2. Aangezien zich in het groeps- en gemengde traject aanzienlijk meer participanten zonder dan met partner bevinden, is bij deelvraag 1 de invloed van burgerlijke staat verder onderzocht.

Tabel 2

Patiëntkenmerken bij baseline

	Individueel (n=57)	Groep (n=24)	Gemengd (n=14)	Totaal (n=95)
Geslacht: percentage vrouwen (n)	59,6 (34)	54,2 (13)	64,3 (9)	58,9 (56)
Leeftijd (gemiddeld)	35,70	31,38	27,50	33,40
Opleiding: percentages (n)				
- Lagere onderwijs	26,3 (15)	25 (6)	28,6 (4)	26,3 (25)
- Middelhoog onderwijs	38,6 (22)	41,7 (10)	35,7 (5)	38,9 (37)
- Hoger onderwijs	35,1 (20)	33,3 (8)	35,7 (5)	34,8 (33)
Burgerlijke staat: percentage (n)				
- Zonder partner	43,9 (25)	70,8 (17)	71,4 (10)	54,7 (52)
- Met partner	56,1 (32)	29,2 (7)	28,6 (4)	45,3 (43)
Aantal behandelsessies	19,02	12,58	27,64	18,66

*Lager onderwijs = Lager of basisonderwijs, MAVO, VMBO, LTS en LBO.

Middelhoog onderwijs = HAVO, VWO, Atheneum, HBS, MBO, MEAO en MTS.

Hoger onderwijs = HBO, HEAO, HTS en WO.

Meetinstrumenten

De hieronder beschreven meetinstrumenten zijn gebruikt in huidig onderzoek. Als primaire uitkomstmaat voor deelvraag 1 werd gebruik gemaakt van de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen & Mazure, 1989a; Goodman, Price, Rasmussen, & Mazure, 1989b; Nederlandse vertaling door Arrindell, Albersnagel & van Oppen, 1990). Van

deelvraag 2 worden enkel de vragenlijsten besproken die nodig waren voor het toetsen van de hypothesen of die exploratief significant resultaat opleverden.

De Y-BOCS is een semigestructureerd interview en wordt gebruikt om de ernst van dwangsymptomen te meten. In het huidige onderzoek is de Y-BOCS afgenomen als self-report, welke uitstekende interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid produceert (Sketekee, Frost & Bogart, 1996). Deze versie in self-report heeft een sterke convergente validiteit met het interview en discrimineert goed tussen het hebben van een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) en het niet hebben van OCS (Sketekee, Frost & Bogart, 1996). De Y-BOCS meet de ‘gespendeerde tijd aan’, ‘interferentie door’, ‘distress over’, ‘weerstand tegen’ en ‘controle’ over zowel dwanggedachten als dwanghandelingen. Een vraag luidt bijvoorbeeld: “in hoeverre belemmeren de dwanghandelingen U bij de vervulling van Uw dagelijks leven en Uw functioneren op het werk?” Het meetinstrument bestaat uit tien dergelijke items, evenredig verdeeld over de twee subschalen obsessies en dwanghandelingen. Zodoende kunnen zowel subscores voor obsessies en dwanghandelingen als een totaalscore hiervan berekend worden. De antwoordmogelijkheden lopen van 0 (geen symptomen) tot en met 4 (ernstige symptomatologie).

De ‘Obsessive Compulsive Inventory- revised’ (OCI-R; Foa et al., 2002; Nederlandse vertaling door Cordova-Middelbrink, Dek & Engelbarts, 2007) meet eveneens de aanwezigheid en de ernst van OCS. De OCI-R is in huidig onderzoek gebruikt om na te gaan in hoeverre *hoarding* tot hogere drop-out leidt. De lijst is gebaseerd op de OCI, de langere oorspronkelijke versie bestaande uit 84 items (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles & Amir, 1998). De OCI-R heeft zes subschalen: wassen, het hebben van dwanggedachten, *hoarding*, ordenen, checken en compulsies. De OCI-R bevat 18 items, waarbij de antwoordmogelijkheden lopen van 0 (“helemaal niet”) tot 4 (“extreem”). Een voorbeelditem is: “ik verzamel dingen die ik niet nodig heb”. De OCI-R heeft uitstekende psychometrische kwaliteiten (Foa et al., 2002; Cordova-Middelbrink et al., 2007).

De ‘Brief Symptom Inventory’ (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983, Nederlandse vertaling door De Beurs, 2004) is een klachtenlijst met 53 items. Het is een ingekorte versie van de Symptom Checklist 90 (SCL-90). De items zijn verdeeld over negen schalen: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressie, angst, hostiliteit, fobische klachten, paranoïde gedachten en psychoticisme. De antwoordmogelijkheden lopen van

0 tot en met 4, waarbij 0 ‘helemaal geen’ en 4 ‘heel veel’ betekent. Een voorbeelditem luidt: ‘‘Je snel aan iets ergeren’’. De betrouwbaarheid is voldoende (COTAN-documentatie, 2007). De begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit worden onvoldoende bevonden (COTAN-documentatie, 2012).

De ‘Beck Depression Inventory II’ (Beck, Steer & Brown, 1979; BDI-II; Nederlandse vertaling door van der Does, 2002) wordt gebruikt als maat voor de ernst van een depressie. De BDI-II bevat 21 items waarbij de patiënt gevraagd wordt per item uit vier omschrijvingen de meest toepasselijke te kiezen. Een voorbeelditem luidt: ‘‘Waardeloosheid’’ met als antwoordopties ‘‘ik heb niet het gevoel dat ik waardeloos ben’’ (0); ‘‘ik zie mezelf niet meer zo waardevol en nuttig als vroeger’’ (1); ‘‘vergeleken met anderen voel ik me meer waardeloos’’ (2); ‘‘ ik voel me volstrekt waardeloos’’ (3). De antwoordmogelijkheden verschillen per item. Het meetinstrument is onderverdeeld in de drie dimensies ‘affect’ (5 items), ‘cognitief’ (7 items) en ‘somatisch’ (9 items). Er worden afkapscores gegevens voor het vaststellen van de ernst van de depressie, namelijk minimaal, licht, gemiddeld of ernstig. De betrouwbaarheid is volgens de COTAN-beoordeling (2004) goed. De begripsvaliditeit is voldoende en de criteriumvaliditeit onvoldoende bevonden. De criteriumvaliditeit is onvoldoende wegens te weinig onderzoek (COTAN-documentatie, 2004). Daarnaast zijn de normen als onvoldoende beoordeeld omdat deze niet representatief zijn of doordat de representativiteit niet te beoordelen is (Evers et al., 2009-2011).

De ‘Outcome Questionnaire’ (OQ-45; Lambert, Lunnen, Umphress, Hansen & Burlingame, 1994) is een algemene vragenlijst. Het meetinstrument bevat 45 items, verdeeld over 3 schalen: de ernst van de klachten, interpersoonlijk functioneren en maatschappelijk functioneren. De antwoordmogelijkheden lopen van 0 tot en met 4, waarbij 0 staat voor ‘nooit’ en 4 voor ‘bijna altijd’. Een voorbeelditem luidt: ‘‘Ik ben geïrriteerd’’. De betrouwbaarheid is voldoende beoordeeld (Cotan documentatie, 2009). De begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit zijn echter onvoldoende bevonden (Cotan documentatie, 2009).

Behandeling

Patiënten werden door de behandelaar toegewezen aan individuele cognitieve gedragstherapie (CGT) of groeps-CGT. Het mixtraject wordt gevormd door patiënten die voor, na of tijdens de

duur van de individuele therapie eveneens aan groeps-CGT werden toegewezen (om behandeling te intensiveren vanwege onvoldoende baat bij eerdere behandeling of ernstigere problematiek), of vice versa. De groepsbehandeling bestond uit 15 wekelijkse bijeenkomsten van ongeveer vijf uur waarbij in de ochtend gedragsexperimenten en exposure centraal stonden en in de middag CGT. In vergelijking met individuele therapie was er meer steun (van groepsleden), langere therapietijd en komen er eveneens thema's aan bod.

Patiënten uit het groepstraject volgden minimaal 11, maximaal 19 en gemiddeld 14,45 (SD=1,877) sessies. De individuele therapie werd gedurende 12 sessies middels het protocol van Keijsers (2011) aangeboden, maar verlenging was hierbij gebruikelijk. Patiënten volgden minimaal 5, maximaal 53 en gemiddeld 22,02 (SD=11,193) sessies. In het gecombineerde traject (mix) volgden patiënten minimaal 22, maximaal 42 en gemiddeld 32,36 (SD=6,470) sessies. In deze beschrijving is uitgegaan van de *completers* analyse en zijn de drop-outs niet meegenomen. Deze volgden, verdeeld over de groepen, minimaal 1, maximaal 18 en gemiddeld 7,95 (SD=5,165) sessies.

Procedure

Alle patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) die werden aangeboden aan Altrecht Polikliniek Utrecht-Noord kregen een behandeling bij het AAA. Bij deze patiënten werd standaard een voormeting afgenomen voor aanvang van de behandeling en een nameting na afloop van de behandeling; in enkele gevallen is zes maanden na afsluiting tevens een follow-up-meting gerapporteerd. Om de onafhankelijkheid en de timing van meting te waarborgen, werden deze onderzoeken (zelf invulvragenlijsten) gecoördineerd door een onderzoeksassistent. Symptomen van de OCS zijn gemeten, evenals comorbide psychiatrische symptomen en demografische gegevens. In totaal nam het invullen van de testbatterij per meetmoment ongeveer een dagdeel in beslag.

Onderzoeksdesign

Voor de eerste deelvraag is effectonderzoek uitgevoerd in een 3x2 design. De onafhankelijke variabelen zijn interventie (individueel, groeps- en mixtraject) en tijd (voormeting en nameting). De afhankelijke variabele is de ernst van de obsessieve-compulsieve symptomen zoals gemeten

met de Y-BOCS. Naast toetsing van de hypothese middels het interactie-effect, worden eveneens het *within*- en *between*-effect bekeken. Voor de tweede deelvraag zijn verschillende designs gehanteerd (zie volgende paragraaf).

Statistische analyses

De gegevens volgend uit de vragenlijsten zijn verwerkt en geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma Statistical Package for the Social Sciences 20.0 (SPSS). Hiertoe zijn de antwoorden op de vragenlijsten automatisch overgeplaatst van het programma Net-Questionnaires naar SPSS. Anonimiteit bleef gewaarborgd, doordat slechts de leeftijd van de participant behouden werd en participantnummers (bijvoorbeeld 09REG0133) zijn gehanteerd.

Vele meetgegevens bleken in huidig onderzoek bij een ander meetmoment te horen dan stond aangegeven in het SPSS-bestand. Dit is handmatig gewijzigd naar aanleiding van dossiergegevens. Vervolgens werd per vragenlijst onderzocht of deze items bevatte die omgescoord dienden te worden. Twee items van de YBOCS (tijd per dag besteed aan obsessies, respectievelijk compulsies) werden omgescoord naar de oorspronkelijke indeling, aangezien het AAA bij deze vragen de vijf oorspronkelijke antwoordmogelijkheden had uitgebreid tot tien. Hierna werden voor elk meetmoment subschalen en totaalscores van de vragenlijsten berekend. Bij de Y-BOCS waren geen *missing values* en ook bij de overige vragenlijsten amper, daar op de computer niet kon worden overgegaan tot een volgende vraag wanneer de vorige niet was ingevuld. De vragenlijsten waarin wel *missing values* voorkwamen zijn niet meegenomen in het onderzoek.

Vervolgens is gebruik gemaakt van de *descriptive*- en *frequency*-optie in SPSS voor de schematische weergave van de demografische gegevens en de verdeling over de interventies van de participanten. Voor de nominale variabele sekse en afkomst (autochtoon/allochtoon) is met een Chi-Square nagegaan of er bij baseline verschillen zijn tussen de behandeltrajecten, voor de ordinale variabele opleiding met de Kruskal Wallis test en voor leeftijd met een *one-way* ANOVA. Ook is door middel van een *one-way* ANOVA gecheckt of bij aanvang geen verschil bestond tussen de verscheidene behandelcondities met betrekking tot ernst van de dwangklachten bij aanvang van de therapie (score op de Yale-Brown obsessive-compulsive scale; Y-BOCS). Tenslotte is met een *one-way* ANOVA nagegaan of het aantal behandelsessies verschilt per

behandeltraject. Een groepstherapie sessie telt hierbij even zwaar als een individuele sessie; de langere therapietijd wordt immers over meer mensen verdeeld. Aangezien dit van invloed kan zijn op de uitkomsten, is het aantal behandelsessies als covariaat meegenomen. Assumpties van normale verdeeldheid, homogeniteit en uitschieters zijn gecontroleerd, waarbij elk van de drie behandelcondities met de twee andere behandelgroepen en de drop-outgroep is vergeleken.

Om een overschatting van het behandel effect te voorkomen, is naast de *completers* analyse eveneens een *intention to treat (ITT)*-analyse uitgevoerd. Hierbij zijn de uitvallers meegeteld en geanalyseerd in het traject waarin ze zich oorspronkelijk bevonden. Aangezien er veelal geen nameting van de drop-outs beschikbaar is, zijn de resultaten op de voormeting meegenomen als nameting (*last observation carried forward*).

Voor deelvraag 1 is derhalve tweemaal (voor zowel de *completers* als ITT-analyse) een tweezijdige *repeated measures AN(C)OVA*, 3 (conditie: groeps, individueel, gemengd) x 2 (vm, nm) bij een significantieniveau van $\alpha = .05$ uitgevoerd om te onderzoeken of behandelingen voor de OCS effectief zijn en of een individuele, groeps- of gecombineerde behandeling bij patiënten met een OCS het meest effectief is. Er is gekeken naar het hoofdeffect van tijd, het interactie-effect van groep x tijd en naar het hoofdeffect van groep.

Er is een aparte analyse uitgevoerd met het geringe aantal follow-ups. Methodische informatie en resultaten hiervan zijn opgenomen in bijlage 1, aangezien slechts van een minderheid van de patiënten follow-updata beschikbaar waren.

Voor deelvraag 2, omtrent de karakteristieken van drop-outs in vergelijking met die van *completers*, is eerst op dezelfde wijze nagegaan of aan alle assumpties is voldaan. Aangezien bij het analyseren van de verdelingen van de variabelen niet alle variabelen normaal verdeeld bleken, zijn enkele variabelen omgezet in z-scores. De scores van schaal 3 (*hoarding*) en de OCI-R en leeftijd bleven echter niet normaal verdeeld na de verwijdering van uitschieters en de omzetting in z-scores. Aangezien de (M)ANOVA een vrij robuuste test is, en het overgrote deel van de scores op de vragenlijsten wel normaal verdeeld is, is er voor gekozen om toch de onbewerkte scores mee te nemen in de analyse (Field, 2005).

Er is ten eerste een MANOVA uitgevoerd bij een significantieniveau van $\alpha = .05$ om te onderzoeken of er een verschil is tussen de *completers* en drop-outs wat betreft leeftijd, obsessieve-compulsieve klachten, *hoarding* en depressie.

Naast het toetsen van de vier onderzoekshypothesen zijn vervolgens demografische baselineverschillen tussen beide groepen geanalyseerd en is exploratief nog een MANOVA uitgevoerd met de totaalschalen van de Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ44), Brief Symptom Inventory (BSI), Outcome Questionnaire (OQ-45) en Positive And Negative Affectivity Schedule (PANAS; negatief) en een MANOVA met de z-scores van PANAS (positief), OCI-R en Anxiety Sensitivity Index (ASI). Tenslotte is met *Fisher's Exact Test* het verschil in behandelgeschiedenis geanalyseerd en zijn de drop-outs ingedeeld in categorieën op basis van dossiergegevens.

Resultaten

Deelvraag 1

Verschillen in patiëntkenmerken tussen behandelcondities bij baseline (tabel 2)

Voor zowel de *completers* analyse als de *intention to treat (ITT)*-analyse zijn bij aanvang tussen patiënten in de verschillende behandeltrajecten geen significante verschillen gevonden wat betreft sekse, afkomst, opleiding, leeftijd en ernst van de dwangklachten (score op de Yale-Brown obsessive-compulsive scale; Y-BOCS). Het verschil in burgerlijke staat is evenmin significant en heeft ook geen invloed op de Y-BOCS scores van de voor- en nameting. Het aantal behandel sessies bleek significant te verschillen tussen de trajecten bij zowel de *completers* analyse: $F(2,72) = 14.126, p = .000, \eta^2 = 0.282$ als de *intention to treat (ITT)*-analyse: $F(2,92) = 9.727, p = .000, \eta^2 = 0.211$, waarbij degenen in de gemengde conditie verreweg de langste trajecten hadden. Hiervoor wordt in huidig onderzoek gecontroleerd. Aan de assumpties van normale verdeeldheid, homogeniteit en uitschieters is voldaan.

Vergelijking van de verschillende behandeltrajecten (completers analyse)

Ten eerste werd een significant tijdseffect gevonden tussen voor- en nameting, waarbij de dwangklachten afnamen (met gemiddeld 7.130 punten op de Y-BOCS): $F(1,71) = 4.469, p = .038, \eta^2 = .059$. De *effect size*, weergegeven in partial eta squared, komt overeen met een groot effect (Cohen, 1969, zoals geciteerd in Richardson, 2011). Zie tabel 3 voor een overzicht van de scores op de Y-BOCS bij voor-en nameting, opgesplitst naar het soort behandeling. Ten tweede

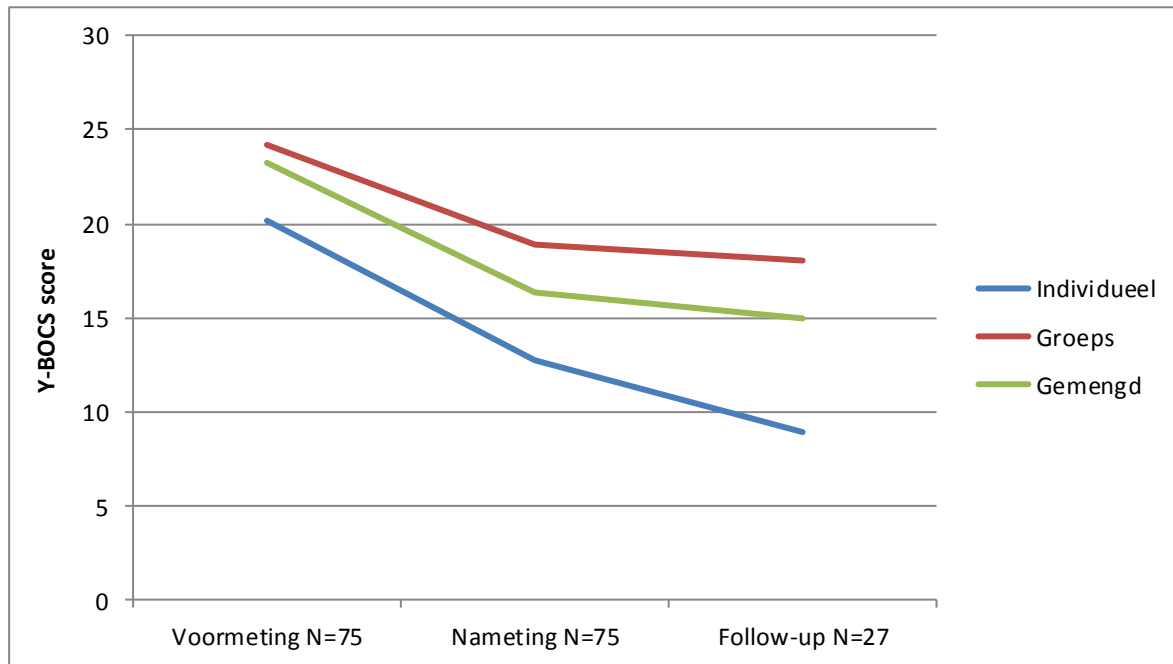
werd een between-group verschil in dwangklachten gevonden, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS (bij voor en nameting samengenomen): $F(1,71) = 4.198$, $p = .019$, $\eta^2 = .106$. De gemiddelde scores op de Y-BOCS van zowel de voor- als nameting zijn significant hoger voor het groepstraject dan voor het individuele traject (met een verschil van 5.020 punten op de Y-BOCS en een standaardafwijking van 1.821). Tenslotte bleek het tijdseffect, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, niet verschillend per traject: $F(2,71) = .722$, $p = .489$, $\eta^2 = .020$. Er is geen significant interactie-effect van groep bij tijd, dus de groepen zijn verschillend qua scores maar verbeteren over de tijd heen evenveel (zie figuur 1). Het aantal sessies, meegenomen als covariaat, bleek niet significant te infereren met de variabelen: $F(1,71) = .580$, $p = .449$, $\eta^2 = .008$.¹

Tabel 3.

Aantallen (N), gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de scores op de Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS) per meetmoment en behandeltraject (completers analyse)

	Voormeting			Nameting			Follow-up		
	N	M	(SD)	N	M	(SD)	N	M	(SD)
Individueel	44	20.18	(7.151)	44	12.77	(7.342)	21	8.90	(7.334)
Groep	20	24.15	(5.585)	20	18.85	(7.618)	4	18.00	(6.976)
Mix	11	23.27	(8.296)	11	16.36	(8.605)	2	15.00	(9.899)
Totaal	75	22.05	(7.027)	75	14.92	(7.966)	27	10.70	(7.936)

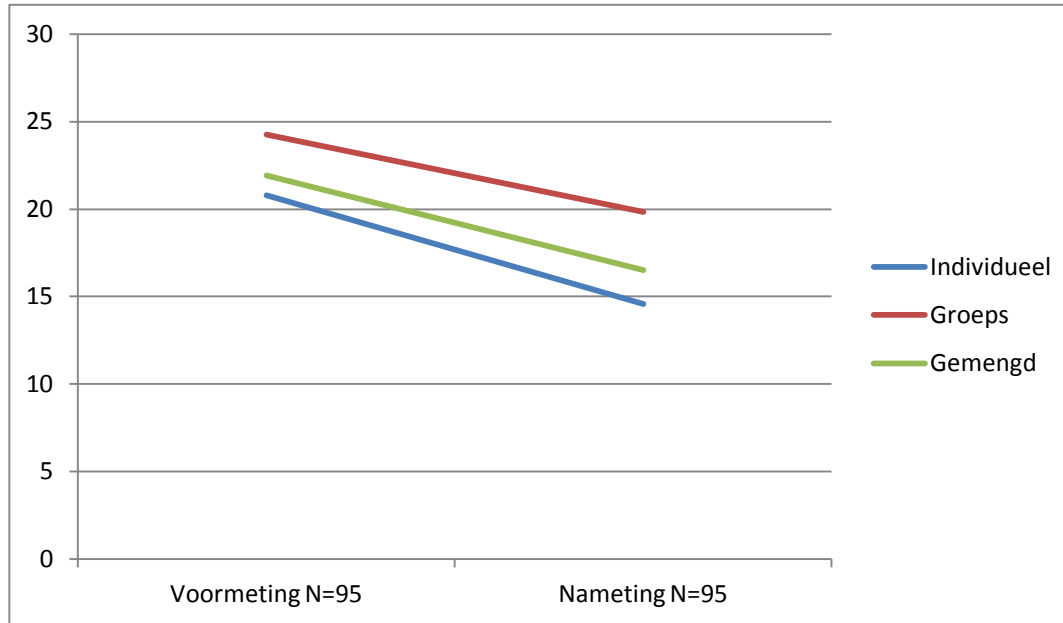
¹ Deze analyses zijn ter verificatie eveneens uitgevoerd voor de OCI-R. Hieruit kwamen soortgelijke resultaten voort: geen significant behandel- en interactie-effect, wel een significant verschil tussen de groepen. Er is een gemiddelde correlatie tussen de OCI-R en Y-BOCS op de voormeting (.455) en een grote correlatie op de nameting (.642). Er is gekozen voor de Y-BOCS als primaire uitkomstmaat.



Figuur 1. Grafische weergave van het beloop van de dwangklachten (Y-BOCS score) per behandelgroep op drie meetmomenten (*completers analyse*).

Vergelijking van de verschillende behandeltrajecten (intention to treat-analyse)

Ten eerste werd *geen* significant tijdsverschil gevonden tussen de dwangklachten, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, bij de voormeting en bij de nameting: $F(1,91) = .680$, $p = .412$, $\eta^2 = .007$, met een verwaarloosbare *effect size*. Hoewel niet significant, lijkt er wel afname in dwangklachten plaats te vinden (van gemiddeld 5.710 punten op de Y-BOCS). Zie tabel 4 voor een overzicht van de begin- en eindscores op de Y-BOCS uit de *intention to treat* (ITT)-analyse, opgesplitst naar het soort behandeling. Ten tweede werd op zowel de voor- als nameting tussen de trajecten een verschil in dwangklachten, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, gevonden: $F(1,91) = 3.422$, $p = .037$, $\eta^2 = .070$. Ook nu zijn de gemiddelde Y-BOCS scores significant hoger ($M=4.314$, $SD=1.583$) voor het groepstraject dan voor het individuele traject. Tenslotte bleek het tijdseffect, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, niet verschillend per traject: $F(2,91) = .811$, $p = .448$, $\eta^2 = .018$. Er is geen significant interactie-effect van groep x tijd. De groepen zijn verschillend qua scores maar verbeteren over de tijd heen in dezelfde mate (zie figuur 2).



Figuur 2. Grafische weergave van het beloop van de dwangklachten (Y-BOCS score) per behandelgroep op twee meetmomenten (ITT-analyse).

Tabel 4.

Aantallen (N), gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de scores op de Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS) per meetmoment en behandeltraject (ITT-analyse)

	Voormeting			Nameting	
	N	M	(SD)	M	(SD)
Individueel	57	20.80	(6.776)	14.56	(7.829)
Groep	24	24.25	(5.892)	19.83	(7.867)
Mix	14	21.93	(8.606)	16.50	(8.428)
Totaal	95	21.89	(6.937)	16.18	(8.154)

Tabel 5.

Aantal participanten (N) en gemiddeld aantal gevolgde behandelssessies (M) met standaarddeviaties (SD), uitgesplitst per analyse

	Completers analyse			Intention to treat analyse		
	N	Mean sessie	(SD)	N	Mean sessie	(SD)
Individueel	44	22.02	(11.193)	57	19.02	(11.558)
Groep	20	14.45	(1.877)	24	12.58	(4.662)
Gemengd	11	32.36	(6.470)	14	27.64	(11.050)
Drop-outs	20	7.95	(5.165)	-	-	
Totaal	95	18.66	(11.105)	95	18.66	(11.105)

Het aantal behandelssessies, meegenomen als covariaat, bleek hier significant te interfereren met de variabelen: $F(1,91) = 8.728$, $p = .004$, $\eta^2 = .088$. Zie tabel 5 voor een overzicht van het gemiddeld aantal gevolgde behandelssessies per traject uit de *completers* analyse en de ITT-analyse. Er is meer spreiding per traject wat betreft aantal behandelssessies, waarvoor mogelijk wordt overgecovarieerd. Zo bevinden zich in het groepstraject van de ITT-analyse vier uitschieters met respectievelijk 1, 2, 4 en 6 gevolgde behandelssessies, terwijl bij dit traject van de *completers* analyse de drie uitschieters 11, 11 en 19 sessies hebben gevolgd. Wanneer het aantal behandelssessies niet wordt meegenomen als covariaat, blijkt er wel een significant tijdseffect: $F(1,92) = 39.693$, $p = .000$, $\eta^2 = .301$. De *effect size* komt overeen met een groot effect (Cohen, 1969, zoals geciteerd in Richardson, 2011). Het verschil tussen de trajecten op zowel voor- als nameting blijft significant: $F(1,92) = 3.718$, $p = .028$, $\eta^2 = .075$. Tenslotte is ook hier geen significant interactie-effect van groep x tijd: $F(2,92) = .628$, $p = .536$, $\eta^2 = .013$.

Aangezien het covariaat behandelssessies grote invloed uitoefent op de uitkomsten, zijn er tenslotte nog aangescherpte analyses uitgevoerd, maar deze brachten soortgelijke resultaten voort (zie bijlage 2).

Deelvraag 2

Aan de assumptie van normale verdeeldheid is niet voldaan bij de variabelen leeftijd, *hoarding*, PANAS (positief), OCI-R en ASI; aan de assumpties van homogeniteit en uitschieters is wel voldaan. Bij de overige variabelen is aan alle assumpties voldaan.

Vergelijking van de completers en drop-outs wat betreft leeftijd, obsessieve-compulsieve klachten, hoarding en depressie

De MANOVA wees uit dat er geen significant verschil is tussen de *completers* en drop-outs betreffende leeftijd, ernst van obsessieve compulsieve klachten bij baseline (weergegeven in score op de Y-BOCS), mate van *hoarding* (weergegeven in score op schaal 3 van de OCI-R) en depressieve klachten (weergegeven in score op de BDI): $F(4,93) = .773, p = .546, r = .032$. De afzonderlijke ANOVA's waren evenmin significant: $F(1,96) = .001, p = .974, r = .000$ (leeftijd); $F(1,96) = .095, p = .759, r = .001$ (*hoarding*); $F(1,96) = 1.819, p = .181, r = .019$ (depressiviteit) en $F(1,96) = .100, p = .752, r = .001$ (obsessieve compulsieve klachten).

Exploratieve analyses

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen *completers* en drop-outs wat betreft sekse, afkomst en opleiding. Met behulp van MANOVA werd wel een significant verschil gevonden tussen de *completers* en drop-outs wat betreft de totaalschalen van de OBQ-44, BSI, OQ en PANAS (neg): $F(4,76) = 3.632, p = .009, r = .160$. Post-hoc testen wezen uit dat de verschillen gedreven werden door de BSI-totaalschaal en de OQ-totaalschaal, waarbij de drop-outs gemiddeld hoger scoren. Wanneer vervolgens naar de afzonderlijke schalen wordt gekeken is er alleen een significant verschil tussen *completers* en drop-outs zichtbaar op de BSI, betreffende hostiliteit: $F(1,96) = 11.329, p = .001, r = .106$ en paranoïde gedachten: $F(1,96) = 4.234, p = .042, r = .042$. Bij beide scoren de drop-outs hoger. Er is geen significant verschil tussen de *completers* en drop-outs wat betreft PANAS (positief), de totaalschaal van de OCI-R en de ASI: $F(3,76) = 1.249, p = .298, r = .047$.

Overige patiëntkenmerken

Er is een significant verschil tussen de *completers* en drop-outs wat betreft behandelvoorgeschiedenis: $\chi^2(3)=8.788, p=.025$. Zie tabel 6 voor een vergelijking van de antwoorden van de *completers* en drop-outs. Beide groepen lijken wel evenveel eerdere CGT-behandelingen te hebben gehad, namelijk $n=8$ (34.9%) van de drop-outs tegenover $n=39$ (40.6%) van de *completers* : $\chi^2(3)=6.401, p=.088$. Ter inzicht zijn de drop-outs tenslotte op basis van dossiergegevens ingedeeld in categorieën (zie tabel 7).

Tabel 6.

Behandel voorgeschiedenisgeschiedenis van zowel de drop-outs als completers in exacte aantallen en procenten

Bent u al eerder behandeld voor uw huidige (psychische) klacht(en)?	Drop-outs		Completers	
	N	%	N	%
Niet van toepassing, ik heb niet eerder klachten gehad	0	0	5	6.7
Nee, ik ben niet eerder behandeld voor mijn klacht(en)	2	8.7	20	26.7
Ja, ik ben eerder behandeld voor mijn klacht(en)	11	47.8	38	50.7
Ja, ik ben momenteel in behandeling voor mijn klacht(en)	10	43.5	12	16.0

Tabel 7.

Drop-outs ingedeeld in categorieën op basis van dossiergegevens

Categorie	N	%
0 Geen informatie beschikbaar	6	26.1
1 Onvrede met AAA	5	21.7
2 Behandeling vond plaats op een ongeschikt moment door bijvoorbeeld zwangerschap, verhuizing, nieuwe baan en studiedrukke	4	17.4
3 Klachten waren te gering	4	17.4
4 Klachten waren te erg	2	8.7
5 Patiënt is direct doorverwezen	2	8.7

N.B: Bij vier patiënten (uit categorie 1, 1, 2 en 3) worden daarnaast financiële problemen genoemd.

Discussie

Het primaire doel van dit onderzoek was te achterhalen welke behandelvorm het meest geschikt is voor de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) en welke patiëntkenmerken drop-out voorspellen. Ten eerste werd, in overeenstemming met de eerste hypothese, geen verschil in effectiviteit gevonden tussen de individuele, groeps- en gecombineerde therapie. Ten tweede bleek, in tegenstelling tot de hypothesen, geen verband te bestaan tussen leeftijd, obsessieve-

compulsieve klachten, *hoarding* of depressieve klachten enerzijds en het uitvallen uit therapie anderzijds. Uit de exploratieve analyses kwam wel een verschil tussen de *completers* en drop-outs wat betreft hostiliteit en paranoïde gedachten naar voren, op respectievelijk stellingen als “De aandrang hebben iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen” en “Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn”.

De eerste bevinding dat er geen verschil in effectiviteit bestaat tussen individuele, groeps- en gecombineerde therapie, is in tegenspraak met enkele eerdere onderzoeken waaruit bleek dat individuele therapie effectiever is dan groepstherapie (Hans & Hiller, 2013; Jónsson, Hougaard, en Bennedsen, 2010a; O’Connor et al., 2005), maar in overeenstemming met de resultaten uit andere onderzoeken (Jónsson, Hougaard & Bennedsen, 2010b; Jaurrieta et al., 2008b; Jaurrieta en collega’s 2008a; Whittal en collega’s, 2008; Anderson en Rees, 2006; Fals-Stewart, Marks en Schafer, 1993). Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in het ontbreken van het aantal behandelsessies als covariaat in de meeste onderzoeken. Aangezien een individuele behandeling veelal meer sessies behelst dan een groepstherapie, wat tot betere resultaten kan leiden, is hiervoor in huidig onderzoek wel gecontroleerd. Mogelijk heeft deze relatief strenge toetsing tot deflatie van eventuele effecten geleid: in huidig onderzoek wordt in de *completers* analyse weliswaar een grote *effect size* gevonden voor het behandel-effect, maar in de *intention to treat (ITT)*-analyse een verwaarloosbare *effect size*. Deze resultaten zijn overigens in lijn met enkele eerdere onderzoeken (Raffin et al., 2009; Fineberg et al., 2005). Een mogelijke andere verklaring behelst het feit dat binnen het AAA overwegend patiënten met ernstige en/of therapieresistente angst - en OCS spectrum stoornissen worden behandeld. Hoewel zelfs in de ITT-analyse voor alle groepen gemiddeld wel een afname in Y-BOCS-scores zichtbaar is van 5.71 punten, zijn deze resultaten toch niet significant. Wellicht moeten derhalve, al dan niet alleen voor deze specifieke populatie, aanvullende behandelingen ontworpen worden.

De tweede bevinding dat er geen verband is tussen leeftijd, obsessieve compulsieve klachten, *hoarding* of depressieve klachten enerzijds en het uitvallen van therapie anderzijds, is min of meer in lijn met de literatuur waarbij de weinige beschikbare artikelen hieromtrent reeds tegenstrijdige resultaten toonden. Uit de exploratieve analyses blijkt dat drop-outs meer last hebben van hostiliteit en paranoïde gedachten; dit is een nieuwe bevinding. Ook lijkt er een verschil te bestaan in behandelgeschiedenis: *completers* geven ten tijde van de voormeting vaker

aan niet eerder behandeling te hebben gevolgd dan drop-outs. Beide bevindingen kunnen op verscheidene manieren, in samenhang met elkaar, verklaard worden. Ten eerste hebben *completers* door gebrek aan eerdere negatieve ervaringen wellicht minder wantrouwen tegenover behandeling. Ten tweede zijn *completers* in vergelijking tot drop-outs mogelijk van nature minder paranoïde en vijandig, waardoor zij meer vertrouwen in anderen hebben en dus ook in therapie. Het is derhalve de vraag of de verhoogde hostileits- en paranoïdescores bij drop-outs het gevolg zijn van het hogere aantal eerdere gefaalde behandelingen en/of daar mee wellicht samenhangende slechte ervaring met eerdere behandeling, of, anderzijds dat deze scores onderliggende persoonlijkheidstrekken van de patiënten weerspiegelen die ongunstig zijn voor behandelingsucces. Aangezien deze exploratieve studie niet specifiek op deze deelvragen gericht was, is dit niet goed uit te maken.

Tenslotte blijkt bij 17% (4 participanten) van de 23 drop-outs behandeling plaats te vinden op een ongeschikt moment door bijvoorbeeld zwangerschap, verhuizing, nieuwe baan en studiedrukte. Dit resultaat is vergelijkbaar met wat Mancebo en collega's (2011), naast de angsten aangaande behandelparticipatie, als frequentst genoemde redenen vonden om niet te participeren of te stoppen met de behandeling (gedurende CGT): ervaren barrières uit de omgeving. Ook financiële kosten, welke in huidig onderzoek bij 17% (4 participanten) van de 23 drop-outs werd genoemd, bleken in onderzoek van Mancebo en collega's (2011) een barrière te zijn om aan de therapie te beginnen. Echter, we moeten voorzichtig zijn met uitspraken hierover, want we weten niet bij welk percentage van de *completers* behandeling misschien ook op een ongunstig moment plaatsvond.

Bij de interpretatie van bovenstaande dient rekening te worden gehouden met de verscheidene sterke en zwakke punten van huidig onderzoek. Een kracht van dit onderzoek behelst allereerst dat er gebruik is gemaakt van een groot aantal participanten, wat resulteert in een goede generaliseerbaarheid. Een tweede sterk punt is dat er goed gevalideerde vragenlijsten zijn gebruikt om de aanwezigheid van de OCS en andere psychiatrische symptomen te achterhalen. Daarbij is noemenswaardig dat de OCS is gemeten middels meerdere vragenlijsten. Ten derde zorgt de toepassing van de ITT-analyse en de ANCOVA, strenge toetsen waarin tevens wordt gecontroleerd voor het effect van het aantal behandelsessies, voor een minimale kans op type-I-fout. Tenslotte zijn in huidig onderzoek, in tegenstelling tot vele andere

onderzoeken, geen patiënten met comorbiditeit geëxcludeerd. Hierdoor zijn de resultaten representatief.

Een limitatie van huidig onderzoek is dat het een niet-gerandomiseerd onderzoek betreft in een populatie die al veel behandelingen achter de rug had met relatief ernstige problematiek. Om die redenen zijn de resultaten wel generaliseerbaar naar klinische populaties maar niet naar de gehele bevolking. Het geringe behandelresultaat, mogelijk veroorzaakt door deze patiëntenpopulatie en/of door de gekozen strenge analyses, vormt een volgende limitatie. Een andere belangrijke beperking van huidig onderzoek behelst het feit dat geen gebruik is gemaakt van een controlegroep. Deze had gevormd kunnen worden door een wachtlijstgroep of de drop-outs, maar van hen was geen nameting beschikbaar. De ITT-analyse is een goed alternatief om de resultaten robuuster te maken, maar resulteerde niet in een significant behandelresultaat. Hierdoor kan niet met zekerheid worden gesteld dat behandeling daadwerkelijk effectiever is dan geen behandeling, alhoewel bekend is dat er weinig spontaan herstel voorkomt onder patiënten met een OCS (Jónsson, Hougaard, en Bennedsen, 2010a). Het gebrek aan verschil tussen de behandelingen onderling kan wel worden aangenomen. Tenslotte is bij de eerste deelvraag geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende subtypen van de OCS en is bij de tweede deelvraag alleen de subgroep *hoarders* nader onderzocht, waardoor het twijfelachtig is of de uitkomsten van dit onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden naar alle subtypen van de OCS.

Vervolgonderzoek dient bovenstaande limitaties in ogenschouw te nemen en zich allereerst nogmaals te richten op het verschil tussen de drie behandeltrajecten. Tevens zou zowel vervolgonderzoek als behandeling zich verder moeten richten op de verhoogde hostileits- en paranoïdescores en de behandelgeschiedenis, aangezien deze behandeling negatief beïnvloeden. Tenslotte is het aanbevelenswaardig de aanwijzingen uit huidig onderzoek dat psychosociale factoren als zwangerschap, verhuizing, nieuwe baan, studiedrukke en financiën invloed hebben op het uitvallen van therapie, nader te onderzoeken. Als blijkt dat genoemde patiëntkenmerken inderdaad leiden tot meer uitval tijdens de therapie, kan er bij individuen met deze kenmerken rekening mee worden gehouden om uitval te voorkomen. De bevinding uit huidig onderzoek dat geen verschil in behandelresultaat is gevonden tussen individuele en groepstherapie, kan implicaties hebben voor de behandeling van individuen met OCS. Groepsbehandeling is hiermee efficiënter

aangezien het tijd en daarmee geld bespaart, wat in de huidige economische situatie met alle bezuinigingen in de gezondheidszorg erg belangrijk is.

Concluderend kan gesteld worden dat de behandelvorm geen invloed heeft op het behandelresultaat. Ook lijkt er geen verband te bestaan tussen leeftijd, obsessieve-compulsieve klachten, *hoarding* of depressieve klachten enerzijds en het uitvallen van therapie anderzijds. De bevindingen kunnen invloedrijke implicaties voor behandeling hebben.

Referenties

- Abramowitz, J.S. & Foa, E.B. (2000). Does Comorbid Major Depressive Disorder Influence Outcome of Exposure and Response Prevention for OCD? *Behavior Therapy*, *31*, 795-800. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80045-3
- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Schwartz, S.A. & Furr, J.M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 1049-1057. doi: 10.1037/0022-006X.71.6.1049
- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Street, G.P., Kozak, M.J. & Foa, E.B. (2000). Effects of Comorbid Depression on Response to Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, *31*, 517-528. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80028-3
- Aderka, I.M., Anholt, G.E., Van Balkom, A.J.L.M., Smit, J.H., Hermesh, H., Hofmann, S.G. & van Oppen, P. (2011). Differences between early and late drop-outs from treatment for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 918-923. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.05.004
- American Psychiatric Association (2001). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR/Bureau-editie. Harcourt Assessment.
- Anderson, R.A. & Rees, C.S. (2006). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 123-137. doi: 10.1016/j.brat.2006.01.016
- Arrindell, W.A., Albersnagel, F.A., & Oppen, P., van. (1990). *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Nederlandse bewerking, verkorte versie*. Gevonden op 10

- januari, 2014 op: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuring_instruments/meetinstrumenten_130pdf.pdf.
- Bados, A., Balaguer, G. & Saldana C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology* 46(4), 429-435. doi: 10.1348/014466507X209961
- Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II (BDI II)*. San Antonio, Tex.: Psychology Corporation.
- Black, D.W., Monahan, P., Gable, J., Blum, N., Clancy, G. & Baker, P. (1998). Hoarding and Treatment Response in 38 Nondepressed Subjects With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 59, 420-425. Verkregen van <http://www.psychiatrist.com.proxy.library.uu.nl/jcp/pages/home.aspx>
- Cordioli, A.V., Heldt, E., Bochi, D.B., Margis, R., de Sousa, M.B., Tonello, J.F., Manfro, G.G. & Kapczinski, F. (2003). Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 2011-216. doi: 10.1159/000070785
- Cordova-Middelbrink, J. A., Dek, E. C. P. & Engelbarts, M. M. B. (2007). *Automatisering bij subklinische obsessief-compulsieve stoornis [automatic processes in subclinical obsessive compulsive disorder]*. Unpublished master thesis. Utrecht: Utrecht University.
- De Beurs, E. (2004). *Handleiding Brief Symptom Inventory [Manual for the Brief Symptom Inventory]*. Pits Publishers, Leiden, The Netherlands.
- Derogatis, L. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual (4th Ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Does, A. J. W. van der (2002). De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory - second edition (bdi-ii-nl): handleiding. Enschede: The Psychological Corporation.
- Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R. & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical*

- Psychology Review*, 24, 1011-1030. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.004
- Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M., & Vliet-Mulder, J.C. van. (2009-2011). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers. Verkregen van <http://www.cotandocumentatie.nl/>
- Fals-Stewart, W., Marks, A.P. & Schafer, J. (1993). A Comparison of Behavioral Group Therapy and Individual Behavior Therapy in Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193. Verkregen van <http://journals.lww.com/jonmd/Pages/default.aspx>
- Fenger, M.M., Mortensen, E.L., Rasmussen, J. & Lau, M. (2007). Group therapy with OCD – development and outcome of diagnosis specific treatment of patients with OCD in groups. *Nordic Psychology*, 59 (4), 332-346. doi: 10.1027/1901-2276.59.4.332
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. (Second ed.) London: Sage Publications.
- Fibbe, L.A., Cath, D.C. & van Balkom, A.J.L.M. (2011). Obsessieve-compulsieve stoornis met tics: een nieuw sybtype? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53(5), 275-285. Verkregen van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.proxy.library.uu.nl/>
- Fineberg, N.A., Hughes, A., Gale, T.M. & Roberts, A. (2005). Group cognitive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder (OCD): a controlled study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9(4), 257-263. doi:10.1080/13651500500307180
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Research Version (SCID-I). New York, New York State Psychiatric Institute. *Biometrics Research*.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. & Salkovskis, P.M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-495. doi:10.1037/1040-3590.14.4.485
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E., and Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206-214. doi: 10.1037/1040-3590.10.3.206
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry* 46, 1006-1011.

doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007

- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry* 46, 1012-1016. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110054008
- Hans, E. & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 33, 954-964. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.003
- Hansen, A.D.M., Hoogduin, C.A.L., Schaap, C. & Haan, de, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behavioural Research Therapy*, 30, 547-550. doi: 10.1016/0005-7967(92)90040-N
- Jakuboski, E., Diniz, J.B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotta-Silva, C., Gorenstein, C., Miguel, E. & Shavitt, R.G. (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 30, 763-772. doi: 10.1002/da.22013
- Jaurrieta, N., Jimenez-Murcia, S., Menchón, J.M., Del Pino Alonso, M., Segalas, C., Álvarez-Moya, E.M., Labad, J., Granero, R. & Vallejo, G. (2008a). Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, 18(5), 604-614. doi: 10.1080/10503300802192141
- Jaurrieta, N., Jimenez-Murcia, S., Alonso, P., Granero, R., Segalas, C., Labad, J. & Menchón, J.M. (2008b). Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: Follow up. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 697-704. doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01873.x
- Jónsson, H. & Hougaard, E. (2009). Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 98-106. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01270.x
- Jónsson, H., Hougaard, E. & Bennedsen, B.E. (2011a). Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 387-397. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01613.x

- Jónsson, H., Hougaard, E. & Bennedsen, B.E. (2011b). Dysfunctional beliefs in group and individual cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 483-489. doi:10.1016/j.janxdis.2010.12.001
- Krone, K.P., Himle, J.A. & Neze, R.M. (1991). A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 29(6), 627-631. doi: 10.1016/0005-7967(91)90012-R
- Lambert, M.J., Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N. & Burlingame, G. (1994). Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ 45.1). Salt Lake City, UT: IHC Center for Health Care Efficacy.
- Levy, H.C., McLean, C.P., Yadin, E. & Foa, E.B. (2013). Characteristics of Individuals Seeking Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavioral Therapy*, 44, 408-416. doi: 10.1016/j.beth.2013.03.007
- Mancebo, M.C., Eisen, J.L., Sibrava, N.J., Dyck, I.R. & Rasmussen, S.A. (2011). Patient Utilization of Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. *Behavioral Therapy*, 42, 399-412. doi: 10.1016/j.beth.2010.10.002
- Mataix-Cols, D., Marks, I.M., Greist, J.H., Kobak, K.A. & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(5), 255-262. doi:10.1159/000064812
- McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, J.W., Paterson, R. & Anderson, K.W. (2001). Cognitive versus Behavior Therapy in the Group Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214. doi: 10.1037//0022-006X.69.2.205
- O'Connor, K., Freeston, M.H., Gareau, D., Careau, Y., Dufour, M.J., Aardema, F. & Todorov, C. (2005). Group versus Individual Treatment in Obsessions without Compulsions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 87-96. doi: 10.1002/cpp.439
- Oei, T.P.S. & Browne, A. (2006). Components of Group Processes: Have They Contributed to the Outcome of Mood and Anxiety Disorder Patients in a Group Cognitive-Behaviour Therapy Program? *American Journal of Psychotherapy*, 60(1), 53-70.

Verkregen van <http://www.ajp.org/>

- Pinto-Meza, A., Fernández, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., Graaf, R., de, ... Haro, J.M. (2011). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, *46*, 273–280. doi: 10.1007/s00127-010-0195-1
- Raffin, A.L., Fachel, J.M.G., Ferrao, Y.A., De Souza, F.P. & Cordiolo, A.V. (2009). Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, *24*(5), 297-306. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.12.001
- Richardson, J.T.E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, *6*, 135–147. doi: 10.1016/j.edurev.2010.12.001
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences; Clinical psychiatry (10th edition)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schuermans, J., van Balkom, A.J.L.M., van Megen, H.J.G.M., Smit, J.H., Eikelenboom, M., Cath, D.C., ...van Oppen, P. (2012). The Netherlands Obsessive Compulsive Disorder Association (NOCDA) study: design and rationale of a longitudinal naturalistic study of the course of OCD and clinical characteristics of the sample at baseline. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *21*(4), 273-285. doi: 10.1002/mpr.1372
- Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 675-684. doi: 10.1016/0005-7967(96)00036-8
- Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.L., Methorst, G.J., Arts, W.J.J.M., Hansen, A.M.D. & Keijsers, G.P.J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis: exposure, responspreventie en cognitieve therapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deel 1*, pp. 63-97. Houten : Bohn Stafleu Van Loghum. doi: 10.1007/978-90-313-7117-4_3
- Whittal, M.L., Robichaud, M., Thordarson, D.S. & Mclean, P.D. (2008). Group and

Individual Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Using Cognitive Therapy and Exposure Plus Response Prevention: A 2-Year Follow-Up of Two Randomized Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1003–1014. doi: 10.1037/a0013076

Bijlage 1

Bij 27 patiënten (27,5% van de totale participantengroep) zijn de langere termijn effecten van de behandeling geanalyseerd door middel van een tweezijdige *repeated measures* A(C)OVA, 3 (conditie: groeps, individueel, gemengd) x 2 (vm, fu) bij een significantieniveau van $\alpha = .05$. De assumptie van normaliteit (Shapiro-Wilk) is geschonden. Desondanks wordt de *repeated measures* AN(C)OVA uitgevoerd, aangezien in de histogrammen de normale verdeling genoeg aanwezig is hiervoor. Tevens wordt voor de veiligheid een verdelingsvrije toets (Wilcoxon test) gebruikt om de verschillen in dwangklachten en de verschillen tussen de groepen te analyseren. Tenslotte zijn bij alle bovengenoemde analyses *post hoc* tests uitgevoerd om te achterhalen waarin zich de verschillen bevonden.

Follow-up (completers analyse)

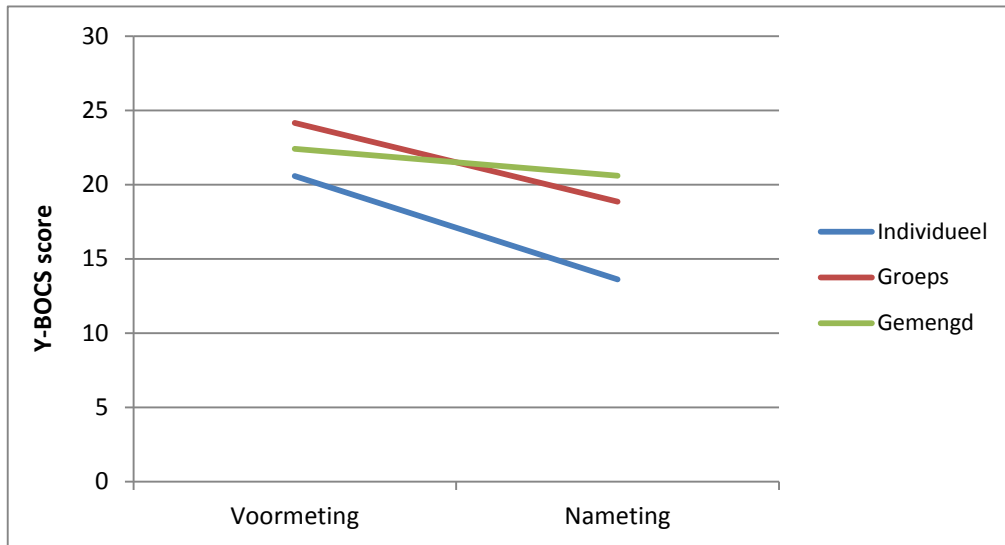
Er werd ten eerste geen significant tijdsverschil gevonden tussen de dwangklachten, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, bij de nameting en bij de follow-up: $F(1,23) = .868$, $p = .361$, $\eta^2 = .036$. Er vindt in geen van de behandelgroepen een significante toename of afname van de dwangklachten plaats na beëindiging van de behandeling. Ten tweede werd tussen de trajecten een significant verschil in dwangklachten, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, gevonden: $F(1,23) = 6.048$, $p = .008$, $\eta^2 = .345$. De gemiddelde scores op zowel de nameting als follow-up zijn significant hoger voor het groepstraject dan voor het individuele traject (zie figuur 1). Tenslotte bleek het verschil in dwangklachten, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, tussen de nameting en de follow up niet verschillend per traject: $F(2,23) = .200$, $p = .820$, $\eta^2 = .017$. De groepen zijn verschillend qua scores maar verbeteren over de tijd heen evenveel. Het aantal behandelingsessies,

meegenomen als covariaat, bleek niet significant te infereren met de variabelen: $F(1,23) = 1.553$, $p = .225$, $\eta^2 = .063$.

Een *Wilcoxon signed rank test* indiceert dat de dwangklachten niet significant afnamen tussen de nameting en de follow-up, en dat de behandelgroepen niet van elkaar verschillen, $T = 142.50$, $z = -.841$, $N\text{-Ties} = 26$, $p = .400$, tweezijdig. De effect-size wordt beschouwd als 'klein', $\eta^2 = .16$ (Cohen, 1988).

Bijlage 2

Aangezien het covariaat behandelssessies grote invloed uitoefent op de uitkomsten, is er tenslotte voor gekozen de participantengroep aan te scherpen en enkel de 58 participanten mee te nemen die 7-28 sessies (minder dan 1 standaardafwijking onder en boven het gemiddelde aantal sessies) hebben gevolgd. Ten eerste werd wederom geen significant tijdsverschil gevonden tussen de dwangklachten bij de voormeting en de nameting: $F(1,54) = .256$, $p = .615$, $\eta^2 = .005$. Ten tweede werd op zowel de voor- als nameting tussen de trajecten een verschil in dwangklachten, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, gevonden: $F(1,54) = 3.684$, $p = .032$, $\eta^2 = .120$. Ook nu zijn de gemiddelde Y-BOCS scores significant hoger ($M=5.042$, $SD=1.913$) voor het groepstraject dan voor het individuele traject. Tenslotte bleek het tijdseffect, weergegeven in de gemiddelde score op de Y-BOCS, niet verschillend per traject: $F(2,54) = 1.301$, $p = .281$, $\eta^2 = .046$. Er is geen significant interactie-effect. De groepen zijn verschillend qua scores op de nameting maar verbeteren over de tijd heen in dezelfde mate (zie figuur 3). Het aantal behandelssessies, meegenomen als covariaat, bleek nu niet meer significant te infereren met de variabelen: $F(1,54) = .425$, $p = .517$, $\eta^2 = .008$.



Figuur 3. Weergave van de dwangklachten (Y-BOCS score) van 58 participanten per behandelgroep op twee meetmomenten.