

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Een korte gedragstherapeutische familie-interventie voor patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis

---

KARIN REMMERSWAAL, NEELTJE BATELAAN, JAN SMIT, PATRICIA VAN  
OPPEN & ANTON VAN BALKOM

## Samenvatting

---

Voor ongeveer de helft van de patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is cognitieve gedragstherapie (CGT) onvoldoende effectief. Het behandelresultaat zou verbeterd kunnen worden door de behandeling te richten op familiereacties op OCS die de OCS in stand houden, te weten *accommoderen* (zich aanpassen, participeren) en *antagoneren* (bekritisieren, zich verzetten). Wij hebben een korte gedragstherapeutische familie-interventie ontwikkeld die aangrijpt op deze familiereacties. In een pilotstudie is de interventie getest. Bij patiënten namen de OCS-symptomen af. Bij familieleden nam het accommoderen af en waren het sociaal functioneren en de sfeer in huis verbeterd. De mate van antagoneren was niet veranderd. Er was een hoge mate van uitval, waarschijnlijk omdat de interventie emotioneel zwaar was. Patiënten en familieleden die de interventie hadden afgerond waren tevreden over de interventie. Onze conclusie is dat onze behandeling met CGT en de familie-interventie veelbelovend is.

*Trefwoorden: obsessieve-compulsieve stoornis, angststoornis, cognitieve gedragstherapie, familietherapie, accommoderen, antagoneren*

## INLEIDING

.....

Onderzoek heeft aangetoond dat cognitieve gedragstherapie (CGT) effectief is voor patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). Bij follow-up voldoet echter ongeveer de helft van de behandelde patiënten nog steeds aan de criteria van een OCS (van Oppen, van Balkom, de Haan, & van Dyck, 2005). Het behandelresultaat zou mogelijk verbeterd kunnen worden door de behandeling te richten op familie-interacties rondom de obsessieve-compulsieve symptomen. Familieleden reageren doorgaans op twee manieren op OCS: ze *accommoderen* (ze passen zich aan of participeren) en/of ze *antagoneren* (ze bekritisieren of verzetten zich). Een voorbeeld van accommoderen is dat familieleden meehelpen met het uitvoeren van dwanghandelingen of geruststelling geven. Een voorbeeld van antagoneren is dat familieleden geïrriteerd reageren op dwanghandelingen van de patiënt. Beide familiereacties beïnvloeden het behandelresultaat van de CGT in negatieve zin. Daarnaast zijn ze geassocieerd met beperkingen in het functioneren van de patiënt en zijn familieleden (Calvocoressi et al., 1995; Hibbs et al., 1991; Leonard et al., 1993; Steketee, 1993). Door de behandeling te richten op familiereacties op OCS zouden het behandelresultaat en het functioneren van de patiënt en familieleden verbeterd kunnen worden.

In drie gecontroleerde studies is onderzocht of familie-interventies het resultaat van CGT verbeteren. Grunes en collega's vergeleken individuele CGT voor patiënten met OCS met en zonder een familiegroep voor familieleden (Grunes, Neziroglu, & McKay, 2001). De familiegroep bestond uit acht bijeenkomsten waarin onder andere verminderen van accommoderen en leren uit conflict te komen (antagoneren) aan bod kwamen. Na de interventie hadden patiënten uit de familieconditie een grotere afname van OC-symptomen dan patiënten uit de conditie zonder familiegroep. Thompson en collega's vergeleken individuele CGT voor patiënten met OCS met en zonder twee individuele sessies met een familielid (zonder patiënt) waarin werd gewerkt aan het afbouwen van accommoderen (Thompson-Hollands, Abramovitch, Tompson, & Barlow, 2015). Na de interventie hadden patiënten uit de familieconditie een grotere afname van OC-symptomen dan patiënten uit de conditie zonder familiesessies. Van Noppen en collega's vergeleken een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling voor patiënten met OCS met een familiegroep voor patiënten met OCS en een familielid (van Noppen, Steketee, McCorkle, & Pato, 1997). De familiegroep bestond onder andere uit exposure en het afbouwen van accommoderen. De OC-symptomen waren na beide behandelingen afgenomen, waarbij er geen significant verschil bestond in afname tussen de twee groepen.

Samengevat verbeterde in twee studies de familie-interventie het resultaat van de CGT en in de derde studie had de familie-interventie geen toegevoegde waarde. In alle studies werd het accommoderen behandeld, maar in

slechts één ervan werd ook het antagoneren aangepakt (Grunes et al., 2001). In deze laatste studie verbeterde de familie-interventie het CGT-resultaat. Er werd echter een *groepsfamilie*-interventie toegepast, terwijl uit onderzoek blijkt dat *individuele* familie-interventies een beter resultaat laten zien (Thompson-Hollands, Edson, Tompson, & Comer, 2014). Daarom hebben wij een korte gedragstherapeutische familie-interventie ontwikkeld met een individueel format waarin zowel op het antagoneren als op het accommoderen wordt aangegrepen. Daarnaast richt onze interventie zich, in tegenstelling tot andere studies, op het normaliseren van de familierelatie door plezierige, gezamenlijke activiteiten te stimuleren. Op deze manier wordt responspreventie van OCS bekrachtigd. Het doel van onze interventie is om obsessieve-compulsieve symptomen en het functioneren van patiënten en familieleden te verbeteren.

#### METHODE

.....

##### *Pilot*

.....

In een pilotstudie onderzochten we de uitvoerbaarheid en effectiviteit van onze korte gedragstherapeutische familie-interventie. De studie werd uitgevoerd bij de polikliniek Angst en Dwang van GGZ inGeest te Amsterdam. Ze is getoetst door de Medisch Ethische Toetsingcommissie van het VU Medisch Centrum.

##### *Behandeling*

.....

Het behandelprotocol bestaat uit vijf sessies van negentig minuten, die om de week worden gepland. Iedere sessie bestaat uit de volgende drie onderdelen:

- 1 *Verminderen van antagoneren door het familielid en verminderen van verzoeken om te accommoderen door de patiënt.* Dit gebeurt door middel van psycho-educatie over accommoderen en antagoneren, psycho-educatie over effectieve communicatie, communicatieoefeningen (zoals de zogenaamde ABA-oefeningen; zie bijvoorbeeld: van Widenfelt & Schaap, 2011) en time-outafspraken. Partners en familieleden leren bijvoorbeeld om in plaats van te zeggen: 'Kap nou eens met dat irritante gedoe' te zeggen: 'Ik raak geïrriteerd van je vragen om geruststelling.' Patiënten leren bijvoorbeeld om in plaats van te zeggen: 'Wil je controleren of het gas uit is?' te zeggen: 'Ik ben gespannen en heb de neiging om geruststelling te vragen.' Vervolgens oefenen ze in communicatieoefeningen te reageren

- op elkaars boodschappen volgens de regels van effectieve communicatie. De communicatieoefeningen worden als huiswerk meegegeven.
- 2 *Verminderen van het accommoderen door het familielid door middel van responspreventie.* In overleg met de patiënt besluit de partner of het familielid met welk accommoderend gedrag hij gaat stoppen. Dit wordt als huiswerk meegegeven.
  - 3 *Het bevorderen van plezierige, gezamenlijke, dwangvrije activiteiten.* Hiermee beogen we responspreventie van OCS positief te bekrachtigen. Iedere sessie spreken de patiënt en de partner of het familielid af welke activiteit zij voor de volgende sessie gaan ondernemen.

De familie-interventie werd toegevoegd aan een reguliere CGT en gegeven aan koppels bestaande uit een patiënt met OCS en het familielid dat het meeste bij de patiënt betrokken was. De interventie werd uitgevoerd door een gedragstherapeut, maar dit was een andere therapeut dan degene die de reguliere CGT aanbood. De familie-interventie kon op elk moment van de reguliere CGT worden toegevoegd. De reguliere CGT bestond uit ambulante of deeltijdbehandeling voor OCS. De deelnemende therapeuten kregen een korte training van vier uur en maandelijks intervisie onder begeleiding van een gedragstherapeut die tevens relatie- en gezinstherapeut was.

#### *Deelnemers en metingen*

.....

Alle patiënten die lopende de studie in behandeling waren of kwamen vanwege een OCS en die voldeden aan de inclusiecriteria werden door hun therapeut geïnformeerd over de pilot (inhoud van de therapie en het onderzoek) en gevraagd om deel te nemen. Uitgesloten werden patiënten die geen partner of een volwassen, inwonend familielid hadden die gemotiveerd was om aan de pilot mee te doen, patiënten (of partners/familieleden) die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren, en patiënten bij wie er anamnestic sprake was van ernstige psychiatrische problematiek, zoals psychotische stoornissen, middelenproblematiek of ernstige cognitieve beperkingen. Medicatie was toegestaan, maar mocht tijdens de interventie niet gewijzigd worden. De overige inclusiecriteria werden in een screening door een onderzoeksmedewerker getoetst en waren: (1) OCS van de patiënt van ten minste matige ernst (een waarde op de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)  $\geq 16$ ); en (2) accommoderen en/of antagoneren door de partner of het familielid van ten minste matige ernst (waarden op respectievelijk de Family Accommodation Scale (FAS) afgenomen bij het familielid  $\geq 13$  en op de Perceived Criticism Measure (PCM) afgenomen bij de patiënt  $\geq 4$ ).

De interventie werd aan 23 patiënten aangeboden. Vijf patiënten wilden niet aan de interventie meedoen, bijvoorbeeld omdat hun familie niet op de hoogte was van hun OCS of omdat ze hun familie niet wilden belasten. Bij één

patiënt was de partner om onbekende redenen niet gemotiveerd om aan de interventie mee te doen. Na de screening viel één koppel af omdat er sprake was van een onvoldoende ernstige mate van accommoderen of antagoneren.

Zestien patiënten, vijftien partners en één moeder werden in de studie geïncludeerd. De voormeting werd direct na de screening uitgevoerd door een onderzoeksmedewerker en bestond naast de Y-BOCS, FAS en PCM uit een visueel analoge schaal (VAS-schaal) van de sfeer in huis en de World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). De naming werd vlak na de laatste sessie van de familie-interventie uitgevoerd en bestond uit alle genoemde meetinstrumenten en daarbij uit een VAS-schaal die de tevredenheid met de korte gedragstherapeutische familie-interventie in kaart brengt. De sessies werden opgenomen op een geluidsband. Een onafhankelijke beoordelaar controleerde bij 50% van de sessies (geselecteerd op basis van toeval) of het protocol voldoende werd nageleefd door therapeuten en patiënten.

### *Meetinstrumenten*

*Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*: De Y-BOCS is gebruikt om de ernst en beginleeftijd van de OCS te meten. De Y-BOCS *severity scale* bestaat uit tien items die de ernst van obsessies en compulsies in kaart brengen, met een totaalscore tussen de 0 en 40. Een score van 0-7 is indicatief voor subklinische OCS, een score van 8-15 is indicatief voor lichte OCS, een score van 16-23 is indicatief voor matig ernstige OCS, een score van 24-31 is indicatief voor ernstige OCS en een score van 32 en hoger is indicatief voor zeer ernstige OCS. De Y-BOCS *age of onset* bestaat uit vijf vragen over de aanvang van de OC-symptomen en over de leeftijd waarop de patiënt voor het eerst hulp zocht voor de OCS. De validiteit en betrouwbaarheid van de Y-BOCS zijn goed (Goodman et al., 1989a; Goodman et al., 1989b; Steketee, Frost, & Bogart, 1996).

*Family Accommodation Scale (FAS)*: De FAS is gebruikt om de aard en frequentie te bepalen van accommoderen door de partner of het familielid van de patiënt met OCS. Het is een interview dat werd afgenomen bij de partner of het familielid. De FAS bestaat uit twaalf items, met een totaalscore tussen 0 en 48. Een score van 1-12 is indicatief voor milde accommodatie, een score van 13-24 is indicatief voor matige accommodatie, een score van 25-36 is indicatief voor ernstige accommodatie en een score van 37-48 is indicatief voor extreme accommodatie. De psychometrische eigenschappen van de FAS zijn goed (Calvocoressi et al., 1999).

*PCM Perceived Criticism Measure (PCM)*: Met de PCM is de mate van antagoneren bepaald. De vragenlijst is afgenomen bij de patiënt en bestaat uit één vraag, namelijk: 'Hoe kritisch is uw partner/familielid over u?' De totaalscore varieert tussen 1 en 10. Vanaf de *cutoff-score* van 4 is er sprake van veel ervaren kritiek. De psychometrische eigenschappen van de PCM zijn goed

(Hooley & Teasdale, 1989; van Humbeeck, van Audenhove, de Hert, Pieters, & Storms, 2002).

*World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS)*: De WHODAS brengt beperkingen in het psychosociale functioneren in kaart. Het is een zelfinvulvragenlijst van 32 items. De WHODAS geeft een totaal score voor het algemeen functioneren en zes schaalscores voor de verschillende domeinen van functioneren, namelijk communicatie en begrip, mobiliteit, zelfverzorging, omgaan met anderen, huishoudelijke taken en deelname aan de samenleving (participatie). De totaalscore en de zes schaalscores zijn omgezet in een gestandaardiseerde score die varieert tussen 0 en 100, waarbij een hogere score meer beperkingen betekent. De WHODAS heeft goede psychometrische eigenschappen (Chwastiak & von Korff, 2003).

*Sfeer in huis*: De sfeer in huis is gemeten met een visueel analoge schaal (VAS-schaal), die de sfeer in huis meet door middel van het zetten van een streepje op een horizontale lijn van tien centimeter. De schaal heeft scores van 0 tot 100, waarbij een hogere score een betere sfeer betekent.

*Tevredenheid met de interventie*: De tevredenheid met de familie-interventie is gemeten met een VAS-schaal die de tevredenheid met de korte gedragstherapeutische familie-interventie in kaart brengt. De schaal heeft scores van 0 tot 100, waarbij een hogere score meer tevredenheid betekent.

#### *Data-analyse*

De resultaten werden geanalyseerd met tweezijdige t-tests in de *intention-to-treat* (ITT) steekproef. Ontbrekende waarden bij de nameting ( $n = 5$ ) werden geïmputeerd met de score van de voormeting. De methode van Jacobson en Truax (1991) werd gebruikt om te bepalen of er sprake was van een betrouwbare verandering (vermindering van ten minste vier punten op de Y-BOCS) en van een klinisch relevant herstel (vermindering van ten minste vier punten op de Y-BOCS en een eindscore op de Y-BOCS van 16 punten of minder). Om deze grenswaarden op de Y-BOCS vast te stellen werd gebruik gemaakt van data van Frost, Steketee, Krause en Trepanier (1995).

#### RESULTATEN

Patiënten waren gemiddeld 39,4 jaar oud (SD 10,8; range 20-61 jaar). Tien patiënten waren vrouw (63%), zeven patiënten hadden kinderen (44%), zes patiënten hadden betaald werk (38%), veertien patiënten woonden samen met hun familielid (88%) en zeven patiënten gebruikten medicatie (44%). De gemiddelde duur van de OCS was 13,9 jaar (SD 7,1; range 5-31 jaar). Patiënten hadden gemiddeld 2,8 eerdere behandelingen achter de rug (psychotherapie en medicatie; range 0-5). De gemiddelde duur van de partnerrelatie

was 14,3 jaar (SD 13,6; range 1-45 jaar;  $n = 15$ ). Een beperking van deze studie is dat de psychopathologie van de partner niet bepaald is.

Tien koppels rondden de familie-interventie af. Ze waren alle sessies aanwezig. Zes koppels stopten voortijdig vanwege een relatiebreuk ( $n = 1$ ), *no show* ( $n = 2$ ) of onvoldoende motivatie om te veranderen ( $n = 3$ ). Uit de controle bleek dat therapeuten de kerninterventies van het protocol hadden aangeboden en dat patiënten en hun familieleden doorgaans het huiswerk hadden gemaakt maar ertegen opzagen om de communicatieoefeningen thuis te doen en die daarom minder vaak thuis hadden uitgevoerd.

In tabel 1 staan de resultaten van de ITT-analyses. De resultaten van de ITT en van de patiënten die de interventie hadden afgemaakt waren vergelijkbaar. Bij patiënten namen de OC-symptomen zoals gemeten met de Y-BOCS significant af: bij acht patiënten was er sprake van een betrouwbare verandering (conform de criteria van Jacobson en Truax) en bij zes van hen was er sprake van een klinisch relevant herstel. De overige resultaten van de patiënten waren niet significant veranderd. Dit gold ook voor de mate van antagoneren. Bij familieleden was het accommoderen significant afgenomen en waren het sociaal functioneren (subscala van de WHODAS) en de sfeer in huis significant verbeterd. Een trend van verbetering van het algeheel functioneren van het familielid was zichtbaar, maar deze was niet significant.

Patiënten en familieleden waren tevreden over de familie-interventie. Ze vonden het prettig om adviezen te krijgen over hoe ze het beste met de OCS konden omgaan.

#### DISCUSSIE EN CONCLUSIE

.....

De resultaten zijn verkregen na behandeling met CGT en de familie-interventie, en kunnen niet zonder meer worden toegeschreven aan de familie-interventie. Dat de familie-interventie een grote rol heeft gespeeld bij de resultaten is waarschijnlijk, omdat de resultaten in korte tijd werden bereikt (in ongeveer drie maanden), omdat er bij de meeste patiënten sprake was van een langer bestaande OCS (van gemiddeld 13,9 jaar) en omdat de meeste patiënten reeds meerdere behandelingen achter de rug hadden (gemiddeld 2,8 behandelingen).

Patiënten en familieleden profiteerden allen van de interventie, maar op een verschillende manier. Bij patiënten, van wie de meesten al eerdere behandelingen achter de rug hadden, was er sprake van een klinisch relevante verbetering van de OCS. Familieleden accommodeerden veel minder, hadden een verbetering in hun sociaal functioneren en ervaarden een verbetering in de sfeer in huis. Familieleden zagen dat de gevreesde gevolgen van het stoppen met accommoderen niet optraden. Ze waren bang geweest dat stoppen met accommoderen emoties bij de patiënt zou oproepen die ze niet konden hanteren, en dat dit zou leiden tot een slechte sfeer in huis of tot een terugval



TABEL 1 Resultaten van een korte gedragstherapeutische familie-interventie voor patiënten met OCS en een familielid (intention-to-treat-steekproef)

214

	<b>Voormeting Gemiddelde (sd) n = 16</b>	<b>Nameting Gemiddelde (sd) n = 16</b>	<b>t(df); p</b>
<b>1 Patiënten</b>			
<b>Y-BOCS totaal</b>	23,1 (4,5)	18,5 (6,7)	t(15) = 3,43; 0,00*
<b>Perceived Criticism Measure</b>	6,8 (1,6)	6,9 (1,3)	t(15) = -0,46; 0,65
<b>WHO Disability Assessment Schedule</b>	29,2 (16,5)	27,7 (3,4)	t(15) = 0,41; 0,69
<b>Sfeer in huis</b>	72,7 (22,2)	71,0 (19,5)	t(15) = 0,61; 0,55
<b>Tevredenheid met familie-interventie</b>	n.v.t.	83,1 (18,7)	
<b>2 Familieleden</b>			
<b>Family Accommodation Scale</b>	19,1 (7,6)	12,5 (11,0)	t(15) = 4,03; 0,00*
<b>WHO Disability Assessment Schedule</b>	14,9 (14,7)	11,6 (14,6)	t(15) = 2,03; 0,06
<b>Omgaan met anderen<sup>1</sup></b>	26,6 (20,2)	20,0 (20,4)	t(15) = 2,48; 0,03*
<b>Sfeer in huis</b>	62,1 (19,6)	71,6 (17,4)	t(15) = -3,41; 0,00*
<b>Tevredenheid met familie-interventie</b>	n.v.t.	79,6 (15,6)	

<sup>1</sup> De overige WHODAS-subschalen van patiënten en familieleden veranderden niet significant.

n.v.t. : niet van toepassing; \*:  $p < 0,05$

van de OCS van de patiënt. Stoppen met antagoneren bleek moeilijk te zijn. Het impliceerde meer emotioneel contact en dit leverde angst op. Patiënten en hun familieleden zagen ertegen op om de communicatieoefeningen thuis te doen. In de sessies (onder begeleiding van een therapeut) werden de communicatieoefeningen zonder bezwaar gedaan, en gaven patiënten en familieleden aan dat ze helpend waren. Mogelijk waren vijf sessies niet voldoende om het antagoneren te veranderen en zijn er meer sessies nodig. De duur en aard van een eventuele vervolgbehandeling dient onzes inziens af te hangen van de problematiek van de patiënt en het koppel. De therapeuten hadden de indruk dat de korte gedragstherapeutische familie-interventie emotioneel zwaar was voor patiënten en familieleden; dit kan mogelijk de hoge uitval verklaren. Er zou meer aandacht moeten worden besteed aan het vooraf in-

formeren van patiënten en familieleden over de implicaties van de behandeling, en aan het steunen en motiveren tijdens de behandeling.

De resultaten van onze studie laten zien dat zowel patiënten als familieleden kunnen profiteren van de korte gedragstherapeutische familie-interventie. Voorafgaande aan de interventie moeten patiënten en familieleden goed geïnformeerd worden over de implicaties van de interventie. Daarnaast zou de behandeling verlengd moeten worden, zodat het antagoneren aangepakt kan worden. Ook is er dan meer tijd voor steun en motivering. Onze conclusie is dat onze behandeling met CGT en de familie-interventie veelbelovend is, en verder onderzocht moet worden in een gecontroleerd design.

*Dit artikel is een uitgebreide bewerking van: Remmerswaal, Batelaan, Smit, van Oppen en van Balkom (2016). Opgenomen met toestemming van Karger Publishers. De besproken studie is deels gefinancierd door het Fonds Psychische Gezondheid.*

**Karin Remmerswaal, Neeltje Batelaan, Jan Smit, Patricia van Oppen en Anton van Balkom** zijn verbonden aan GGZ inGeest en de afdeling Psychiatrie, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam. *Correspondentieadres:* Karin Remmerswaal, afdeling Psychiatrie VUmc/GGZ inGeest, Amstelveenseweg 589, 1081 JC Amsterdam. E-mail: k.remmerswaal@ggzingeest.nl

**Summary** Half of the patients with obsessive compulsive disorder (OCD) do not recover with cognitive behaviour therapy (CBT). A potential strategy for enhancing CBT is to focus on the family interactions related to OC symptoms. Family members commonly respond to OCD in two ways: they accommodate (adapt, participate) and/or antagonize (criticize, oppose). We developed a brief CBT family intervention focusing on these responses. A pilot study investigated the brief CBT family intervention. In patients, OC symptoms significantly decreased. In family members, accommodation decreased and social functioning and atmosphere at home significantly improved. Antagonism did not change significantly. There was a high drop-out, possibly because the intervention was heavy. Patients and family members who completed the family intervention were satisfied with it. Our conclusion is that our treatment package including the brief CBT family intervention is promising.

**Keywords** *obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, family therapy, couples therapy, cognitive behaviour therapy, accommodation, antagonism*

#### Literatuur

- |  |  |
|--|--|
| <p>Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., &amp; Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 152, 441-443.</p> | <p>Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., ... Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symp-</p> |
|--|--|

- toms: Instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 636-642.
- Chwastiak, L. A., & von Korff, M. (2003). Disability in depression and back pain: Evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 507-514.
- Frost, R. O., Steketee, G., Krause, M. S., & Trepanier, K. L. (1995). The relationship of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) to other measures of obsessive compulsive symptoms in a nonclinical population. *Journal of Personality Assessment*, 65, 158-168.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale 2. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale 1. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grunes, M. S., Neziroglu, F., & McKay, D. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 32, 803-820.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J., Keyser, C. S., & Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 32, 757-770.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Leonard, H. L., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., & Rapoport, J. L. (1993). A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- Remmerswaal, K., Batelaan, N., Smit, J., van Oppen, P., & van Balkom, A. (2016). Feasibility and outcome of a brief cognitive behaviour therapy intervention for patients with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 185-186.
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive-compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 81-95.
- Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research & Therapy*, 34, 675-684.
- Thompson-Hollands, J., Abramovitch, A., Tompson, M. C., & Barlow, D. H. (2015). A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Behavior Therapy*, 46, 218-229.
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28, 287-298.
- van Humbeek, G., van Audenhove, C., de Hert, M., Pieters, G., & Storms, G. (2002). Expressed emotion: A review

- of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*, 22, 323-343.
- van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B. H., & Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 431-446.
- van Oppen, P., van Balkom, A. J., de Haan, E., & van Dyck, R. (2005). Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: A 5-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1415-1422.
- van Widenfelt, B., & Schaap, C. (2011). Protocollaire behandeling van paren met relatieproblemen. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2* (pp. 499-548). Amsterdam: Boom.