

# Fluoxetine en cognitieve gedragstherapie bij dwangstoornissen

M. KAMPMAN, C.A.L. HOOGDUIN, G.P.J. KEIJSERS, P.E.W. STOFFELEN,  
M.J.P.M. VERBRAAK

**SAMENVATTING** Aan de hand van negen gevalsbeschrijvingen wordt het therapieverloop van een drie-fasebehandeling met follow-up besproken van patiënten met een obsessieve compulsieve stoornis. In de eerste fase werden patiënten gedurende twaalf weken ingesteld op 60 mg fluoxetine. In de tweede fase werd gedurende twaalf weken cognitieve gedragstherapie (CGT) aan de fluoxetine toegevoegd. In de laatste fase werd de behandeling met fluoxetine gestaakt terwijl de CGT voortgezet werd. De doelstelling van dit onderzoek was vast te stellen of CGT terugval bij behandeling met fluoxetine voorkomt. Zeven patiënten verbeterden duidelijk op de Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale door deze behandeling, hoewel vier patiënten een terugval bij follow-up, na vijf maanden, vertoonden. De toevoeging van CGT aan de behandeling met fluoxetine heeft in dit onderzoek terugval niet kunnen voorkomen. Verschillende patronen in de verbeteringscurves van de patiënten worden nader beschouwd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 10, 603-610]

**TREFWOORDEN** cognitieve gedragstherapie, fluoxetine, obsessieve compulsieve stoornis

De obsessieve compulsieve stoornis (OCS) kenmerkt zich door steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen. De patiënt wordt hierdoor ernstig in het dagelijks leven belemmerd (APA 1994). Sinds de jaren zestig bestaan er voor de behandeling van OCS ruwweg twee benaderingen: de gedragstherapie en de psychofarmacotherapie. Aanvankelijk onderzocht Meyer (1966) als eerste exposure en responspreventie (ERP) voor OCS; later is de effectiviteit van ERP in een groot aantal studies aangetoond (Abramowitz 1996, 1997; Van Balkom e.a. 1994; Cox e.a. 1993; Hoogduin 1986). Cognitieve therapie is eveneens effectief bij OCS (Abramowitz 1997; Van Oppen e.a. 1995b). In de huidige praktijk wordt vaak een combinatiebehandeling van cognitieve therapie en ERP gege-

ven, namelijk cognitieve gedragstherapie (CGT), zie Verbraak e.a. (1997).

In de jaren zestig kwam de psychofarmacotherapie met een doorbraak in de behandeling van OCS met de serotonineheropnameremmer (SRI) clomipramine. De vervolgens ontwikkelde selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI) als fluoxetine, fluvoxamine en paroxetine bleken eveneens effectief bij OCS (Abramowitz 1997; Cox e.a. 1993; Stein e.a. 1995). Vanwege een gunstiger bijwerkingsprofiel met als gevolg minder uitval tijdens behandeling bestaat er een voorkeur voor het gebruik van de selectieve serotonineheropnameremmers (Flament & Bisscherbe 1997) ten opzichte van de oudere SRI clomipramine. Op korte termijn lijkt er geen verschil te zijn tussen de effectiviteit van medicatie alleen

en medicatie gecombineerd met gedragstherapie (Van Balkom e.a. 1994). Het nadeel van psychofarmacotherapie alleen is dat bij beëindiging van de medicatie de dwangklachten terugkeren. Daarom wordt aangeraden om medicatie altijd te combineren met CGT om terugval te voorkomen (Moleman 1998).

In de *expert consensus guideline* (Frances e.a. 1997) wordt aanbevolen om bij milde OCS te starten met CGT en bij uitblijven van verbetering een SSRI toe te voegen. Bij ernstige OCS wordt aanbevolen meteen een SSRI toe te voegen aan de CGT.

In dit artikel zijn een aantal gevalbeschrijvingen opgenomen. Samen vormden zij een pilotonderzoek naar het effect op langere termijn van een gecombineerde behandeling waarbij patiënten met OCS eerst gedurende een aantal weken worden ingesteld op fluoxetine (gemiddeld 60 mg) en daarna met CGT behandeld worden. De onderzoeksvraag is of deze toevoeging van CGT terugval na een behandeling met fluoxetine voorkomt.

Deze behandelingsvolgorde sluit aan bij de dagelijkse praktijk: patiënten worden door de huisarts of een psychiater regelmatig op medicatie ingesteld om de lange wachtlijsten voor een psychologische behandeling in de GGZ te overbruggen. Echter, aangezien deze studie een jaar voor het verschijnen van de *expert consensus guideline* startte, wijkt de duur van de gehanteerde behandelvormen af van de aanbevelingen van Frances e.a.

## METHODE

**Behandeling** De behandeling telde drie fasen. De eerste fase bestond uit zes consulten in een periode van twaalf weken waarbij patiënten op 60 mg fluoxetine werden ingesteld. De tweede fase van de behandeling bestond uit twaalf sessies CGT en continuering van dezelfde dosis fluoxetine. De derde fase bestond uit afbouw van de fluoxetine en continuering van de CGT. Een registratieopdracht van de meest prominente

dwangklachten hoorde vanaf het eerste consult tot de behandeling.

**Assessments** Voorgaand aan elk consult of elke sessie werd de Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman e.a. 1989) afgenomen. De Y-BOCS is een gestructureerd interview dat dwangklachten meet. De Y-BOCS is zeer sensitief voor verandering (Van Oppen e.a. 1995a). Daarnaast waren er vijf assessments waarbij de Y-BOCS werd afgenomen: vóór het eerste consult (VM), na het zesde consult (NM1), na twaalf sessies CGT (NM2) en gemiddeld anderhalve maand na afbouw van de medicatie (NM3). Na gemiddeld vijf maanden vond een follow-upmeting plaats (FU).

Daarnaast werden bij VM, NM1 en NM2 afgenomen: de MOCI (Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory; Rachman & Hodgson 1980), de HDRS (Hamilton Depression Rating Scale; Bech e.a. 1986; D'Haenen & Verhoeven 1989), de HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale; Bech e.a. 1986; D'Haenen & Verhoeven 1989). De MOCI is een zelfbeoordelingsinstrument dat eveneens dwanghandelingen meet. De HDRS en HARS zijn semi-gestructureerde interviews die respectievelijk depressieve en angstige symptomen meten. Beide instrumenten worden vaak gebruikt bij therapie-effectonderzoek (Bech e.a. 1986). Bij NM en FU werd alleen de Y-BOCS afgenomen. De andere vragenlijsten werden achterwege gelaten omdat deze buiten de oorspronkelijke vraagstelling vielen. Alle assessments werden verricht door een onafhankelijke onderzoeker.

**Patiënten** De patiënten (drie mannen en zes vrouwen) meldden zich aan bij een angstpolikliniek van een algemeen psychiatrisch centrum. Allen voldeden aan de diagnose OCS, volgens de criteria van de DSM-IV (APA 1994).

**Behandelaars** De behandelaars waren een psychiater (farmacotherapie) en klinisch psycholoog (CGT).

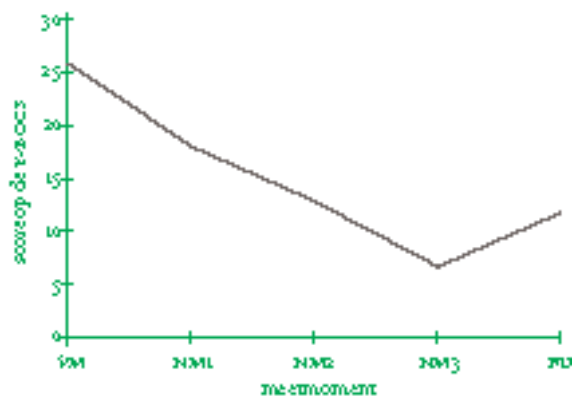
RESULTATEN

Eerst volgt een bespreking van de groeps-gemiddelden. Vanwege het kleine aantal patiënten volgt daarna een beschrijving van het beloop van de behandelingen.

Gemiddelden over de groep

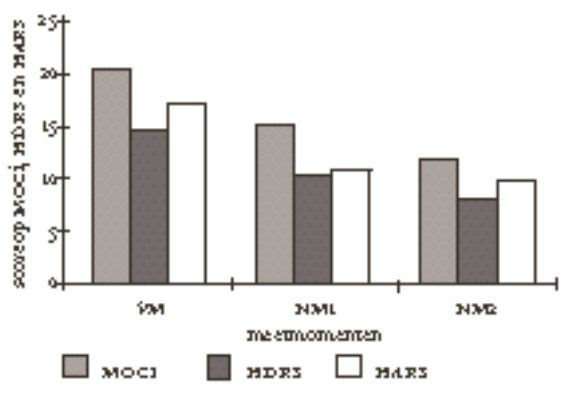
Figuur 1 laat de resultaten zien van de

FIGUUR 1 Gemiddelde scores op de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)



VM	vóór de behandeling	NM3	na staking medicatie
NM1	na de medicatiefase	FU	5 maanden na
NM2	na medicatie + 12 sessies CGT		staking medicatie

FIGUUR 2 Gemiddelde scores op de Maudsly Obsessional Compulsive Inventory (MOCI), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) en Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)



gemiddelde Y-BOCS-score per meting. In de eerste drie fasen treedt een relevante daling van de dwangklachten op. In de laatste fase treedt weer een lichte stijging op. Geen van de patiënten gebruikt bij de follow-upmeting medicatie.

De verbeteringspercentages zijn aan het eind van de eerste fase 30%, aan het eind van de tweede fase 51%, aan het eind van de derde fase 84%, in vergelijking met de voormeting. Aan het eind van de laatste fase loopt het verbeteringspercentage terug naar 55%.

Figuur 2 laat de resultaten zien van de scores op de MOCI, HDRS en HARS. Eveneens is er een daling van deze metingen over de verschillende meetmomenten. De verbeteringspercentages voor NM1 en NM2 zijn voor de MOCI respectievelijk 27% en 43%, voor de HDRS respectievelijk 25% en 42% en voor de HARS 37% en 44%.

Gevalsbeschrijvingen

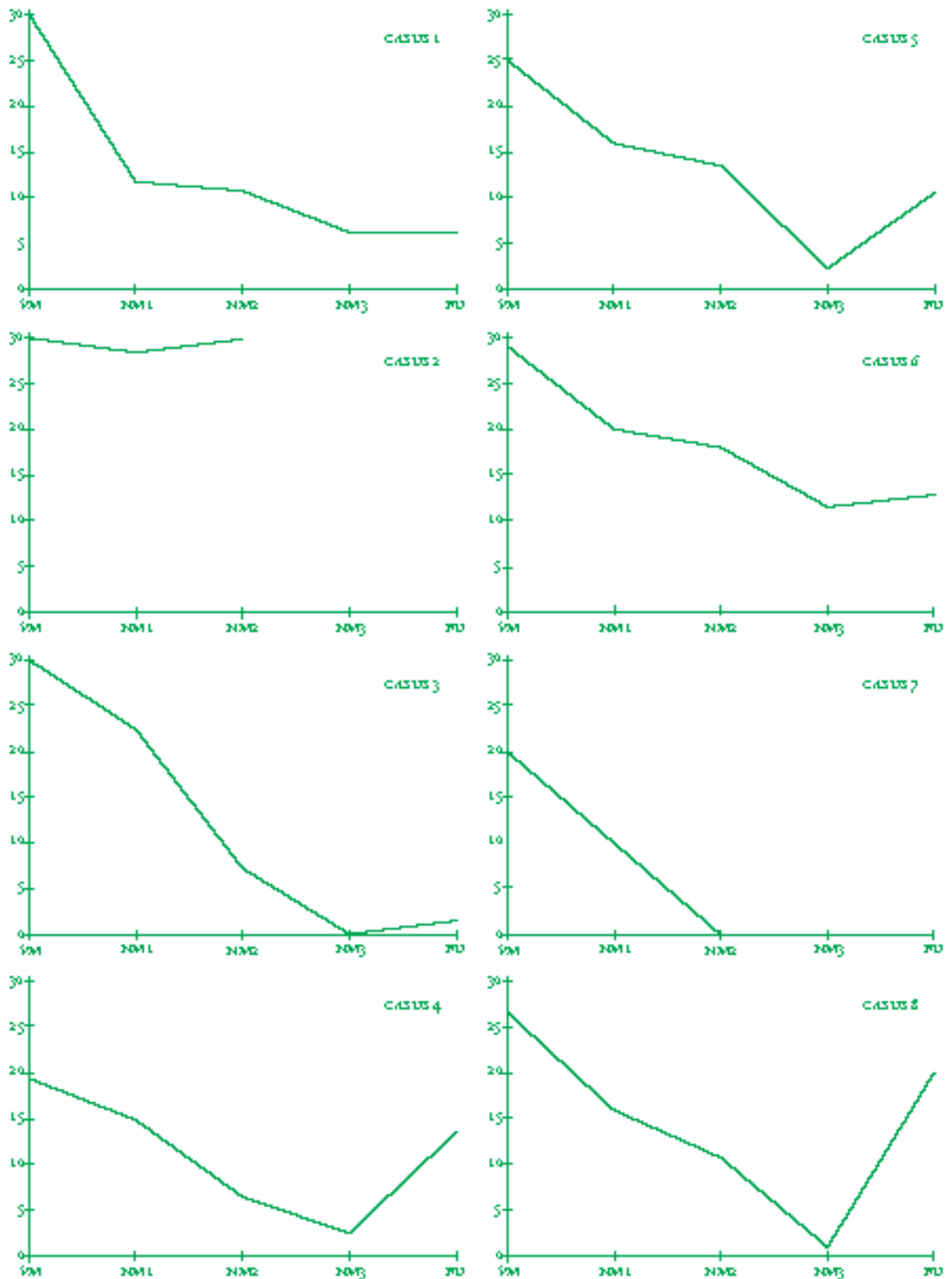
Casus 1 Deze patiënt, een 24-jarige vrouw, had sinds haar twaalfde jaar dwangklachten. Het laatste half jaar voor de behandeling waren de klachten in ernst toegenomen.

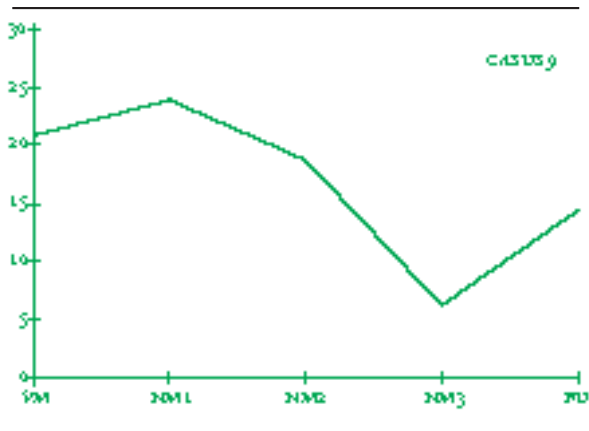
In de eerste fase was een duidelijke vermindering van de score op de Y-BOCS te zien (zie figuur 3). Patiënte ondervond zelf dat de klachten minder werden. In de tweede fase bleven de klachten dalen, hoewel de exposure-oefeningen patiënte zwaar vielen. Patiënte gaf aan veel aan de ontspanningsoefeningen en aan de 'strafconsequenties' van toch uitgevoerde dwanghandelingen te hebben. De meting na de derde fase laat zien dat de daling gehandhaafd blijft. Deze NM3 viel tegelijk met de FU.

Casus 2 Deze patiënt, een 45-jarige man, had sinds zijn twaalfde jaar dwangklachten. De klachten waren over de jaren heen geleidelijk toegenomen.

De eerste en de tweede fase van de behandeling lieten geen verlaging zien op de Y-BOCS-score (zie figuur 3). Wel ontstond er in de eerste fase een verhoging van de stemming: patiënt

FIGUUR 3 Overzicht Y-BOCS-scores casus 1-9





voelde zich opgewekter. Patiënt gaf bij de tweede fase aan weinig vertrouwen te hebben in de behandeling. Hij had veel moeite met de exposure-opdrachten, en pogingen om irrationele gedachten uit te dagen, mislukten. Waarom deze patiënt niet profiteerde van de behandeling is niet duidelijk.

**Casus 3** Deze patiënt, een 23-jarige vrouw, had sinds haar veertiende jaar last van dwangklachten.

Tijdens de eerste fase trad er een verbetering op op de score van de Y-BOCS (figuur 3). Patiënte rapporteerde zelf ook een afname van de dwangklachten. Tijdens de tweede fase namen de klachten verder af. Patiënte zelf toonde zich zeer tevreden. Met name ondervond zij veel baat bij de exposure- en responspreventieoefeningen. De meting na de derde fase laat zien dat de daling gehandhaafd blijft. Bij de FU-meting is een lichte stijging waarneembaar.

**Casus 4** Sinds drie jaar had deze patiënt, een 28-jarige vrouw, last van dwangklachten.

Tijdens de eerste fase van de behandeling daalde de ernst van de klachten matig (figuur 3). Vanwege bijwerkingen werd de dosering fluoxetine verlaagd naar 50 mg. Sindsdien ondervond patiënte dat ze meer afstand kon nemen van de dwangklachten en voelde zij zich goed. In de tweede fase volgde een relevante daling van de dwangklachten. Patiënte gaf aan zich steeds beter te voelen, en duidelijk baat te ervaren bij de

exposure- en responspreventieopdrachten. Nadat de medicatie werd afgebouwd, namen de klachten verder af. Bij de FU-meting deed zich echter een lichte terugval voor: volgens patiënte het gevolg van het staken van de medicatie.

**Casus 5** Deze patiënt, een 28-jarige vrouw, had sinds haar puberteit last van dwangklachten. Deze klachten waren de afgelopen twee jaar verergerd.

In de eerste fase van de behandeling werden de klachten minder, deze vermindering zette verder door in de tweede fase (figuur 3). Patiënte zelf toonde zich zeer tevreden over de behandeling. Zij gaf aan veel te hebben aan de exposure- en responspreventieopdrachten en aan de cognitieve therapie. De meting na de derde fase laat zien dat de daling gehandhaafd blijft. Bij follow-upmeting blijken de klachten gestegen te zijn.

**Casus 6** De dwangklachten van deze patiënt, een 30-jarige vrouw, waren rond haar dertiende jaar ontstaan en tijdens de laatste zeven jaar verergerd.

Tijdens de eerste en de tweede fase van de behandeling was er een trage afname van de klachten (figuur 3). In eerste instantie was patiënte zeer tevreden; later was ze ongeduldiger: de verbetering ging haar niet snel genoeg. In een later stadium nam haar tevredenheid weer toe. Zij gaf aan veel te hebben aan de exposure- en responspreventieopdrachten. De metingen na de derde fase en bij follow-up laten zien dat de daling gehandhaafd blijft.

**Casus 7** Deze patiënt, 19-jarige man, had sinds een jaar last van dwangklachten.

Tijdens de eerste fase van de behandeling verminderden de klachten fors. Tijdens de tweede fase bleven de klachten verminderen (figuur 3). Patiënt zelf was zeer tevreden. Reeds vanaf de zesde sessie had patiënt geen klachten meer. Bij NM2 heeft de Y-BOCS een score van 0. Voor een follow-upmeting was deze patiënt niet meer te achterhalen.

**Casus 8** Deze patiënt, een 27-jarige man, had vanaf zijn twaalfde jaar last van dwangklachten. De laatste vijf jaar waren deze klachten in ernst toegenomen.

De dwangklachten namen tijdens de eerste fase van de behandeling af. Deze afname zette tijdens de tweede fase verder door (figuur 3). De meting na de derde fase laat zien dat de daling gehandhaafd blijft. Bij de follow-upmeting besloot patiënt zich opnieuw aan te melden vanwege een terugkeer van de dwangklachten. Nadat hij opnieuw een gesprek had gehad, bleek dat hij zeer tevreden was over de behandeling, maar dat door relatieproblemen zijn klachten tijdelijk teruggekomen waren. Zelf schatte patiënt in dat hij 30% terugval had gehad.

**Casus 9** Deze patiënt, een 27-jarige vrouw, had sinds vier jaar dwangklachten. Het laatste jaar waren deze klachten duidelijk verergerd.

In de eerste fase van de behandeling was er een toename te zien van de klachten die de patiënte rapporteerde, dit in tegenstelling tot wat de patiënte zelf aangaf (figuur 3). Zij vond het steeds beter gaan. In de tweede fase namen de klachten volgens de klachtenlijst ook af. Patiënte bleef zich beter voelen. De meting na de derde fase laat zien dat de daling gehandhaafd blijft. Zes maanden na NM3 meldde patiënte zich vanwege een terugval opnieuw aan; dit was tevens het moment van de follow-upmeting. Het bleek dat patiënte tijdens de behandeling in plaats van handelingen cognitieve rituelen is gaan uitvoeren. Op dit moment wordt daar met cognitieve gedragstherapie aan gewerkt, met goede resultaten.

## DISCUSSIE

Bij zeven van de negen patiënten leidde een behandeling van twaalf weken met fluoxetine in de eerste fase tot een duidelijke reductie van de klachten op de Y-BOCS. Bij één patiënt (casus 9) namen de klachten toe en bij één patiënt bleven de klachten min of meer onveranderd (casus 2).

Het gevonden effect van fluoxetine komt overeen met de bevindingen van andere gerapporteerde onderzoeken (Abramowitz 1997). Bij vier van de zeven patiënten zette deze verbetering, al dan niet versneld, duidelijk door in de tweede fase van de behandeling, fluoxetine gecombineerd met cognitieve gedragstherapie. Slechts bij één patiënt was geen verbetering op de Y-BOCS waarneembaar gedurende de eerste twee behandel-fases. Voorts is het van belang te vermelden dat alle negen patiënten in de eerste en tweede fase mondeling rapporteerden een groter welbevinden te ervaren. Ze voelden zich zoals ze zich altijd al hadden willen voelen. Deze verbetering werd ondersteund door de gemiddelde scores bij NM1 en NM2 op de MOCI, HDRS en HARS. Na het staken van de medicatie bleef het gunstige behandelresultaat behouden, zowel op de Y-BOCS als op de MOCI, HDRS en HARS. Bij follow-up rapporteerden vier patiënten een toename in hun dwangklachten; deze patiënten waren op dat moment niet meer in behandeling. Een tweetal patiënten hiervan meldde zich opnieuw aan en verbeterde na een paar sessies CGT.

Juist het multipale  $n = 1$ -design dat in dit onderzoek gehanteerd werd, maakt duidelijk dat wanneer we de behandelresultaten in fase 1 en fase 2 bekijken, het verloop van de behandeling volgens de Y-BOCS niet zo eenduidig is als figuur 1 (de gemiddelde Y-BOCS-scores) doet vermoeden. Integendeel, er lijken zich grofweg twee patronen af te tekenen. Patiënten die vooral verbeterden in de eerste fase (casus 1, 5 en 6), verbeterden minder in de tweede fase en patiënten die in de eerste fase (casus 3 en 4) minder verbeterden, verbeterden vooral in de tweede fase. Aan het einde van de tweede fase hebben de meeste patiënten eenzelfde gunstig behandelresultaat.

Deze bevindingen werpen de vraag op of een snel ingezette verbetering ten gevolge van behandeling met fluoxetine nog wel te versnellen is met een tweede, op zich effectieve behandeling.

De verbeteringscurve is steil in het begin en

zwakt af in de loop der maanden zoals je dat bij het toedienen van fluoxetine zonder CGT zou mogen verwachten. We zouden mogen concluderen dat bij deze patiënten CGT niets toevoegt. En wellicht kon dat ook niet. Forse verbetering was immers al bereikt op het moment dat CGT werd ingezet. Van een normaal gesproken effectieve behandeling mag wellicht niet verwacht worden dat deze effectief in te zetten is bij mensen die in de maanden voorgaande aan de behandeling flink opgeknapt zijn.

Het is eveneens maar de vraag of CGT in de tweede fase wel tot versnelde verbetering leidt wanneer de ingezette verbetering als gevolg van fluoxetine in de eerste fase trager verloopt. Er zijn wellicht nog meer klachten te behandelen. Resumerend zou dit kunnen betekenen dat het toevoegen van CGT aan een reeds ingezette behandeling met fluoxetine in lang niet alle gevallen zinnig is.

Eenzelfde twijfel geldt ook voor de aanbeveling CGT aan fluoxetine toe te voegen teneinde terugval van dwangklachten te voorkomen (Moleman 1998). Gelet op de geringe terugval van klachten na CGT (zonder medicatie) zoals gerapporteerd in andere studies (Emmelkamp, in Marks 1987; Hoogduin e.a. 1989) is het verwonderlijk dat bij vier patiënten in deze studie sprake van terugval is. Het gaat niet om onmiddellijke terugval, immers na een maand zonder fluoxetine blijft het behandelresultaat behouden (wellicht doordat effecten van fluoxetine om farmacologische redenen meerdere weken kunnen aanhouden), maar om terugval na langere tijd. Ligt er een mogelijke verklaring in het feit dat patiënten wellicht minder geprofiteerd hebben van twee effectieve behandelingen en is het behandelresultaat op langere termijn gunstiger wanneer alleen CGT toegepast wordt, zodat voorkomen wordt dat de verbetering aan de medicatie wordt toegeschreven? In deze studie ging het weliswaar om milde recidieven, en met twee tot drie (CGT-)sessies kwamen patiënten terug op hun oude niveau. Volgens de *expert consensus guideline* (Frances e.a. 1997) moet de

medicatie, wanneer deze aanslaat, pas na één tot twee jaar worden afgebouwd. Het kan zijn dat de fluoxetine in onze pilot te snel is verminderd en beëindigd. Dezelfde *expert consensus guideline* stelt dat de patiënt na een volledig herstel nog drie tot zes maanden een maandelijks CGT-sessie nodig heeft. In onze pilot is de CGT vaak eerder beëindigd.

Een experimenteel onderzoek met meer patiënten kan aantonen of CGT werkelijk terugval voorkomt. Wellicht is het dan eveneens mogelijk om predicerende factoren vast te stellen.

#### LITERATUUR

- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4th ed.)*. Washington D.C.: APA.
- Balkom, A.J.L.M. van, van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., e.a. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- Bech, P., Kastrup, M., & Rafaelsen, O.J. (1986). Minicompendium of rating scales of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III-syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 1-37.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Morrison, B., e.a. (1993). Clomipramine, fluoxetine, and behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 149-153.
- D'Haenen, H.A.H., & Verhoeven, W.M.A. (1989). *Minicompendium van beoordelingsschalen in de psychiatrie*. Brussel: VUB Press.
- Flament, M.F., & Bisserbe, J.C. (1997). Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder: Comparative studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 18-22.
- Frances, A., Docherty, J.P., & Kahn, D.A. (1997). Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 4), 1-73.

- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., e.a. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hoogduin, K. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Leiden: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., Duivenvoorden, H., Schaap, C., e.a. (1989). Outpatient treatment of obsessive-compulsives: Outcome, prediction of outcome and follow-up. In P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F. Kraaimaat e.a. (red.), *Annual series of European research in behavior therapy: Vol. 4. Fresh perspectives on anxiety disorders* (pp. 173-186). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Marks, J. (1983). *Fears, phobia's and rituals; Panic, anxiety and their disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Moleman, P. (1998). *Praktische psychofarmacologie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oppen, P. van, Emmelkamp, P.M.G., Balkom, A.J.L.M. van, e.a. (1995a). The sensitivity to change of measures for obsessive-compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 241-248.
- Oppen, P. van, de Haan, E., van Balkom, A., e.a. (1995b). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 33, 379-390.
- Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Stein, D.J., Spadaccini, E., & Hollander, E. (1995). Meta-analysis of pharmacotherapy trials for obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacotherapy*, 10, 11-18.
- Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.L., Methorst, G.J., e.a. (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis: Exposure, responspreventie en cognitieve therapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen en C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

## AUTEURS

- M. KAMPMAN, geestelijk gezondheidskundige, aio-groep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer KUN en gedragstherapeut angstpolikliniek Psychiatrisch Centrum Nijmegen.
- K. HOOGDUIN, zenuwarts, hoogleraar klinische psychologie en persoonlijkheidsleer KUN.
- G. KEIJSERS, psycholoog, universitair docent vakgroep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer KUN.
- P. STOFFELEN, gezondheidszorgpsycholoog in opleiding, angstpolikliniek PCN.
- M. VERBRAAK, klinisch psycholoog en psychotherapeut, manager behandelzaken HSK Groep BV.
- Correspondentieadres: drs. M. Kampman, vakgroep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer KUN, Postbus 9140, 6500 HE Nijmegen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-6-1999.

**SUMMARY** Fluoxetine and cognitive behaviour therapy in obsessive-compulsive disorder - M. Kampman, C.A.L. Hoogduin, G.P.J. Keijsers, P.E.W. Stoffelen, M.J.P.M. Verbraak - A three-phase treatment of patients with obsessive-compulsive disorder is described with 9 case-studies. In the first phase, patients received 60 mg fluoxetine during 12 weeks. In the second phase, 12 weeks of cognitive behaviour therapy (CBT) was added. In the last phase, fluoxetine was discontinued while CBT was continued. Objective of this study was to investigate whether additional CBT prevented relapse in fluoxetine treatment. Seven patients improved significant on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale during treatment, but 4 patients relapsed at follow-up after 5 months. The addition of CBT to fluoxetine treatment did not prevent relapse in this study. Several patterns of improvement across the patients are discussed. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 10, 603-610]

**KEYWORDS** cognitive behaviour therapy, fluoxetine, obsessive-compulsive disorder