



rijksuniversiteit  
groningen

Imaginaire rescripting in combinatie met exposure met  
responspreventie als behandeling voor OCS: een  
casestudie naar haalbaarheid

Combining imagery rescripting with exposure with  
response prevention as treatment for OCS: a feasibility  
case study.

E.M. Waaksma

Masterthese – Klinische Psychologie

S3301001

December 2023

Vakgroep Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Examinator: dr. W.J.P.J. Van Hout

Tweede beoordelaar: dr. M.J.J. Lommen

Een masterthese is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de masterthese is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de masterthese is dan ook niet zonder meer geschikt om als academische bron te worden gebruikt om naar te verwijzen. Indien u meer wilt weten over het in deze masterthese besproken onderzoek en eventueel daarop gebaseerde publicaties, waarnaar u zou kunnen verwijzen, kunt u contact opnemen met de genoemde begeleider.

### Samenvatting

Tachtig procent van OCS-patiënten blijft na de standaardbehandeling exposure met responspreventie (ERP) klachten behouden. Imaginaire rescripting (ImR) zou een zinvolle aanvulling kunnen zijn op ERP. Het doel van dit onderzoek is om de aanvaardbaarheid en uitvoerbaarheid van de combinatie ImR en ERP in een poliklinische setting op kwalitatieve wijze te bestuderen. Verder wordt het effect van de interventies op de OCS-symptomen, vier kenmerken van vervelende beelden, en de veranderingen in perceptie van de herschreven herinnering kwantitatief onderzocht. Het onderzoek betreft een *single-case experiment design* met fases A (eerste baseline, één week), B (3 sessies ImR), A<sub>1</sub> (tweede baseline, één week), C (10 sessies ERP) en A<sub>2</sub> (derde baseline, één week), met één OCS-patiënt. Uit de resultaten is gebleken dat het onderzoek en de behandeling haalbaar zijn met aanpassingen. Zowel patiënt als behandelaar waren tevreden (aanvaardbaarheid) met de behandeling. Wat betreft uitvoerbaarheid zijn er kanttekeningen op het gebied van het controleren van medicatiegebruik, de hoeveelheid vragenlijsten, de timing van de ImR en de korte behandelduur. Er zijn geen behandel-effecten op OCS-symptomen geconstateerd. Op de kenmerken angst, geloofwaardigheid en veiligheidsgedrag van de vervelende beelden zijn ook geen behandel-effecten gevonden. De vermijding van de vervelende beelden is klinisch verminderd tijdens de ERP-behandeling. Wat betreft de perceptie van de herschreven herinnering is er sprake van vermindering in spanning en helderheid. Er worden aanpassingen gesuggereerd om de haalbaarheid te vergroten waaronder het verminderen van items bij een van de vragenlijsten, het toevoegen van cognitieve therapie en meer flexibiliteit in de timing van de ImR.

*Trefwoorden:* obsessief-compulsieve stoornis, exposure met responspreventie, imaginaire rescripting, haalbaarheid

### Abstract

Eighty percent of OCD patients still has symptoms after treatment with exposure with response prevention (ERP). Imagery rescripting (ImR) might be a meaningful addition to ERP. The goal of this research is to qualitatively study the acceptability and practicality of applying a combination of ImR and ERP in a clinical setting. Moreover, the effects of the interventions regarding the OCD symptoms, four traits of the unwanted images, and changes in perception of the rescripted memory are studied. The study is a *single-case experiment* design with phases A (first baseline, one week), B (3 ImR sessions), A<sub>1</sub> (second baseline, one week), C (10 ERP sessions) and A<sub>2</sub> (third baseline, one week), with one OCD patient. The results suggest that the research and treatment are feasible when certain adjustments are made. Both patient and therapist were satisfied (acceptability) with the treatment. Regarding practicality multiple points of commentary were put forward, specifically about medication checks, the amount of questionnaires, the moment ImR was given and the short treatment duration. No treatment effects were found with regards to the OCD symptoms and the traits of anxiety, belief and safety behaviours associated with the unwanted images. The trait avoidance decreased significantly in the ERP-phase. The anxiety and vividness of the perception of the rescripted memory decreased also after ImR. To increase the feasibility of the study and treatment, a number of adjustments are suggested. Among these are a reduction of questionnaires, adding cognitive therapy and an increased flexibility in applying the ImR.

*Key words:* obsessive compulsive disorder, exposure with response preventions, imagery rescripting, feasibility

## **Imaginaire rescripting in combinatie met exposure met responspreventie als behandeling voor OCS: een casestudie naar haalbaarheid**

Ongeveer 1.5 procent van de wereldbevolking ontwikkelt in haar of zijn leven een obsessief-compulsieve stoornis (OCS; APA, 2022). De stoornis wordt gekenmerkt door intrusieve gedachten en/of beelden (obsessies) en gedragsmatige en/of mentale rituelen (compulsies) (APA, 2022). De obsessies zijn geassocieerd met gevoelens van angst en lijdensdruk. Om deze gevoelens te verminderen worden compulsies uitgevoerd. OCS heeft een grote impact op de levenskwaliteit (Eisen et al., 2006; Subramaniam et al., 2013). Er is bijvoorbeeld een verhoogd risico op suïcide (De la Cruz et al., 2022). Een effectieve behandeling voor OCS is om die redenen belangrijk.

Momenteel is exposure met responspreventie (ERP) de standaardbehandeling voor OCS (GGZ Standaarden, 2017). Bij deze behandeling wordt de patiënt blootgesteld aan situaties die de dwang-gerelateerde angst oproepen. Tijdens de exposure is het de bedoeling dat de compulsies niet worden uitgevoerd. Doordat de patiënt geen compulsies uitvoert en de angstige verwachting niet uitkomt wordt er een nieuwe associatie aangeleerd welke geen angst activeert (Craske et al., 2014; Craske et al., 2022). Hoe groter deze verwachtingsschending hoe beter. Deze nieuwe associatie onderdrukt vervolgens de associatie met angst waardoor de patiënt minder last heeft van de angst en de dwang (ook wel *inhibitory retrieval model of extinction* genoemd; Craske et al., 2022).

Meerdere studies laten zien dat ERP gemiddeld genomen een effectieve behandeling is (Öst et al., 2015; Song et al., 2022). Er is echter ook gebleken dat een significant aantal patiënten in beperkte mate of geen baat heeft bij ERP. Zo blijkt uit een meta-analyse van Fisher en collega's (2020) dat ondanks dat bij individuele ERP 41% van de patiënten significant herstelt 80% toch klachten blijft houden.

Aangezien een significant aantal patiënten beperkt baat heeft bij ERP wordt er gezocht naar alternatieve interventies. Arntz (2020) betoogt bijvoorbeeld voor een grotere focus op de onderliggende mentale betekenissen van de angstassociaties. Zulke mentale betekenissen worden gevormd door vervelende gebeurtenissen en spelen een rol in de ontwikkeling en het in stand houden van psychopathologie (Mancini & Mancini, 2018). De herinnering aan de vervelende gebeurtenis kan geactiveerd worden, waardoor de onderliggende betekenis wordt getriggerd en er gevoelens van bijvoorbeeld angst optreden (Arntz 2020). De interventie imaginaire rescripting (ImR) is gericht op het veranderen van deze onderliggende mentale betekenissen. ImR is gefocust op het wijzigen van de interpretatie van herinneringen aan de vervelende gebeurtenis door de herinnering zo levendig mogelijk in te beelden en de uitkomsten van de gebeurtenis te herschrijven in die verbeelding (Arntz, 2012). Door de herinnering zo levendig mogelijk voor de geest te halen en de interpretatie ervan te wijzigen worden zowel onderliggende cognitieve als de emotionele betekenissen geactiveerd en dusdanig veranderd dat negatieve emoties en psychische klachten afnemen (Arntz, 2012; Arntz, 2020). ImR lijkt onder andere te kunnen helpen met het verminderen van PTSS-klachten (Steel et al., 2023), depressie (Stavropoulos et al., 2023) en persoonlijkheidsproblematiek (Arntz, 2011).

Mentale betekenissen zouden mogelijk samen kunnen hangen met OCS. Speckens en collega's (2007) vonden bijvoorbeeld dat 80% van mensen met OCS een verband konden leggen tussen hun beelden en herinneringen aan een vervelende gebeurtenis. Daarnaast lijken bij OCS schema's of mentale betekenissen samen te hangen met de symptoomernst en behandeluitkomst (Sunde et al., 2019). OCS, vervelende gebeurtenissen en mentale betekenissen lijken dus met elkaar samen te hangen. Daarom wordt verondersteld dat ImR als behandeling voor OCS zinvol zou kunnen zijn.

Er zijn al enkele onderzoeken gedaan naar het behandelen van OCS met ImR. Verschillende imaginaire technieken, waaronder ImR, lijken bijvoorbeeld effectief bij het verminderen van walging bij smetvrees-OCS (Fink-Lamotte et al., 2022). Uit een experimenteel onderzoek van Veale en collega's (2015) bleek verder dat er bij zeven van de twaalf deelnemers na één ImR-sessie sprake was van een klinisch significante afname in OCS-symptomen, met een gemiddelde daling 55% in score op de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS; Goodman et al., 1989). Tenore en collega's (2020) vonden een klinisch significante afname in OCS-symptomen bij veertien van de achttien OCS-patiënten na drie sessies ImR gericht op herinneringen geassocieerd met schuldgevoelens. ImR lijkt ook zinvol wanneer ERP niet voldoende effectief is gebleken. Maloney en collega's (2019) vonden na één tot zes sessies ImR een klinisch significante vermindering in OCS-symptomen bij twaalf van de dertien patiënten die al eerder ERP hadden gehad en symptomatisch waren gebleven. In een casusonderzoek vonden Maloney en collega's (2022) bij een behandeling van een OCS-patiënt na eerst twintig ERP-sessies een afname van 15.6% in OCS-symptomen. Vervolgens kreeg de patiënt ImR met als gevolg een verdere afname in symptomen van nog eens 56%.

Samengevat profiteert een groot deel van OCS-patiënten niet voldoende van de standaardbehandeling ERP. Onderzoeken geven aanwijzingen dat ImR hier een zinvolle aanvulling op kan zijn.

Het huidige onderzoek betreft een single-casestudie naar haalbaarheid. Een single-casestudie heeft verscheidene voordelen ten opzichte van een *randomized controlled trial* (Lobo et al., 2017). Aangezien single-casestudies weinig deelnemers nodig hebben zijn ze makkelijker toe te passen in een klinische setting. Een ander voordeel is dat elke deelnemer als zijn eigen controlegroep fungeert waardoor er wordt gecontroleerd voor variabelen zoals geslacht en sociaaleconomische achtergrond.

Dit onderzoek heeft als voornaamste doel om de haalbaarheid te bestuderen van de toepassing van ImR gecombineerd met ERP binnen een poliklinische setting. De patiënt ontvangt eerst ImR en vervolgens ERP. De reden om te starten met ImR is dat dit mogelijk zou kunnen helpen met het aangaan van exposure (Arntz, 2012). Door de behandeling te richten op het veranderen van de emotionele betekenissen onderliggend aan de angstassociaties van de OCS kan de al angst verminderen voor het toepassen van ERP. De emotionele betekenissen kunnen worden gewijzigd doormiddel van een herinterpretatie van vervelende, betekenisvolle gebeurtenissen met ImR. Hierdoor zou de interpretatie van de angstopwekkende stimulus gerevalueerd kunnen worden als minder angstwekkend (Arntz, 2020), waardoor angst verminderd en exposureoefeningen makkelijker aan te gaan zijn.

Dit onderzoek is een haalbaarheidsstudie. Bij een haalbaarheidsstudie wordt op kleinschalige wijze onderzocht of het onderzoek gedaan kan worden op grotere schaal (Gadke et al., 2021). De focus ligt bij een haalbaarheidsstudie vooral op de implementatie van het onderzoek en de interventies. Grootschalige onderzoeken zijn daarentegen gericht op uitkomsten en effectiviteit. Zulke onderzoeken geven vaak echter geen beeld van beperkingen die voor kunnen komen bij het uitvoeren van een behandeling. Hierdoor kan er een kloof ontstaan tussen de onderzoekswereld en de alledaagse praktijk (Gadke et al., 2021). Haalbaarheidsstudies beogen deze kloof te overbruggen.

In dit onderzoek wordt gekeken naar specifiek de aanvaardbaarheid (*acceptability*) en de uitvoerbaarheid (*practicality*) van het implementeren van het onderzoek en van de combinatie ImR en ERP. De definities zoals gegeven door Bowen en collega's (2009) worden gehanteerd. Volgens Bowen en collega's (2009) is aanvaardbaarheid de manier waarop zowel de patiënt als de behandelaar reageren op de interventie en het onderzoek, en hun tevredenheid erover. Bij uitvoerbaarheid wordt vastgesteld in hoeverre een interventie en het onderzoek toe te passen zijn in de behandelsetting met de bestaande middelen.



Verder wordt verkennend de effectiviteit van de interventies bestudeerd aan de hand van uitkomstvariabelen als OCS-symptomen, en procesvariabelen zoals de kenmerken van vervelende beelden en de herinneringen die herschreven worden tijdens de ImR.

De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

1. Is het aanvaardbaar (*acceptability*) voor patiënt en behandelaar en uitvoerbaar (*practicality*) om de combinatie ImR en ERP te geven binnen een klinische setting?
2. A. Is er sprake van een klinisch significante afname in OCS-symptomen gemeten met de YBOCS en de OCI-R?  
 B. Is er sprake van klinische verandering in de mate van geloofwaardigheid, angst, veiligheidsgedrag en vermijding geassocieerd met de vervelende beelden, gedurende de behandeling?  
 C. Is er sprake van een significante verandering in de perceptie van de vervelende herinnering met betrekking tot geloofwaardigheid, spanning en helderheid na het toepassen van ImR?

## **Methode**

### **Deelnemers**

De deelnemer van dit onderzoek is één patiënt met OCS zoals gedefinieerd in de DSM-5-TR (APA, 2022). De patiënt is een 23 jarige hoogopgeleide vrouw. Ze is verwezen naar het Universitair Centrum Psychiatrie voor een ambulante behandeling op de poliklinische afdeling Angst & Dwang. Ze heeft eerder cognitieve gedragstherapie gehad voor haar OCS. Ze neemt dezelfde dosis sertraline tijdens het gehele onderzoek.

Patiënt voldeed aan de inclusiecriteria: (1) de primaire diagnose van de patiënt is OCS; (2) de score van de patiënt op de YBOCS is 14 of hoger; (3) de patiënt gebruikt geen psychofarmaca óf neemt dezelfde dosis psychofarmaca tijdens het gehele onderzoek; (4) deelnemers zijn minimaal 18 jaar oud.

Daarnaast zijn er een aantal exclusiecriteria: (1) het krijgen van een andere cognitieve gedragstherapie tegelijkertijd met het onderzoek; (2) er is sprake van een co-morbiditeit welke directe behandeling vereist; en (3) posttraumatische stressstoornis of een psychotische stoornis, suïcidaliteit, of alcohol/middelenmisbruik.

### **Onderzoeksdesign**

Het onderzoeksdesign betreft een *single-case reversal design*, met onderzoeksfasen ABA<sub>1</sub>CA<sub>2</sub>. Fase A vormt de baseline van één week. Fase B is de ImR-behandelfase met drie wekelijkse sessies. In fase A<sub>1</sub> is de tweede baseline, waarin een week lang geen behandeling wordt gegeven. Fase C is de ERP-behandelfase met tien wekelijkse sessies. Fase A<sub>2</sub> vormt de derde baseline en duurt ook één week. Zie Figuur 1 voor een overzicht.

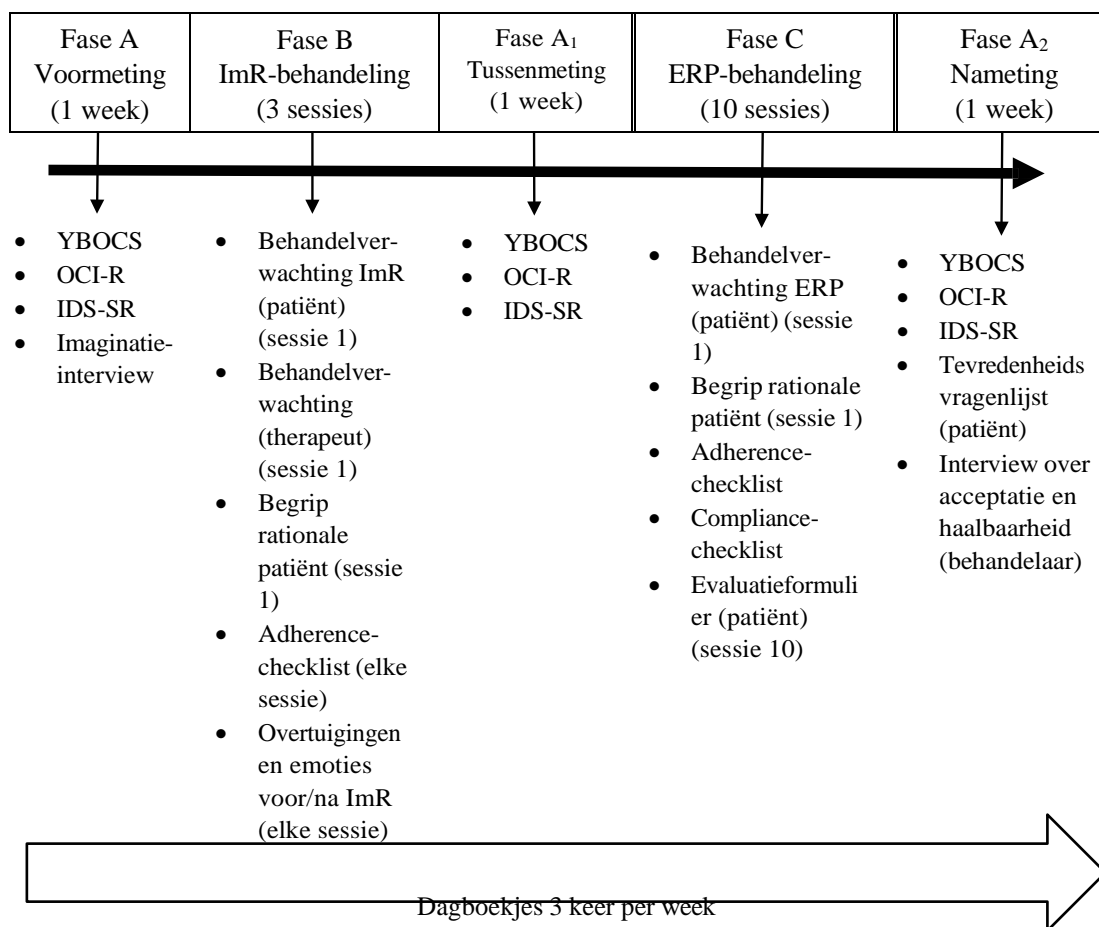
### **Materialen**

#### ***Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)***

De YBOCS (Goodman et al., 1989; Nederlandse versie: Arrindell et al., 2002) wordt gebruikt voor het meten van de ernst van de OCS-symptomen. Het interview bestaat uit de obsessies-schaal en de compulsies-schaal met elk vijf items, gescoord op een schaal van 0 (geen) tot 4 (extreem), over de ervaringen van de afgelopen week. De scorering is 0-40 punten. 0-13 punten wordt gezien als subklinisch tot mild, 14-25 als matig, 26-34 als ernstig en 35-40 als extreem ernstig (Storch et al., 2015). Het YBOCS-interview heeft een hoge interne consistentie (Kuckertz et al., 2021). Voor het vaststellen van de ernst van de OCS voor de screening wordt de zelfrapportagevariant gebruikt. Ook deze heeft een hoge interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid (Steketee et al., 1996).

**Figuur 1**

*Onderzoeksfasen en de bijbehorende onderzoeksmaterialen*



### ***Imaginatie-interview***

De Nederlandse vertaling van het semigestructureerde imaginatie-interview van Speckens en collega's (2007) wordt gebruikt voor het vaststellen van een verband tussen de intrusieve beelden in het heden en een vroegere gebeurtenis. Zie Bijlage A voor de inhoud van het interview. Tijdens het interview wordt als eerst gevraagd of de deelnemer terugkomende beelden heeft wanneer zij/hij angstig is. Als dit het geval is wordt een beeld opgehaald met imaginatie en wordt gevraagd naar de zintuiglijke kenmerken van het beeld. Ook wordt gevraagd naar in hoeverre het een stilstaand beeld (als een foto) of een bewegend beeld (als een film) betreft. Verder wordt gevraagd naar het perspectief (7-puntsschaal, met -3= veld-perspectief, 3= observator-perspectief), en de duur van het beeld (9-puntsschaal, met

1-10 seconden, 20-30 seconden, 30-60 seconden, 1-2 minuten, 2-5 minuten, 5-15 minuten, 15-60 minuten, 1-2 uur en meer dan 2 uur). Vervolgens wordt gevraagd naar de levendigheid, angst en in hoeverre het beeld echt lijkt te gebeuren, op een schaal van 0 (=helemaal niet) tot 100 (=extreem). Daarna wordt gevraagd naar de emoties geassocieerd met het beeld. Hierbij wordt een lijst van emoties gebruikt (5-puntsschaal van *niet* tot *extreem*). Erna wordt gevraagd naar triggers en hoe de deelnemer met het beeld omgaat. Er wordt een lijst van verschillende copingstrategieën uitgevraagd (5-puntsschaal van *nooit* tot *altijd*). Daarna wordt aan de deelnemer gevraagd wat er gebeurt in het beeld en waarom dit gebeurt. Tot slot wordt gevraagd naar de overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld.

Vervolgens wordt gevraagd of het beeld een onderdeel is van een herinnering. Als dit niet het geval is wordt gevraagd naar de vroegste herinnering die geassocieerd wordt met dezelfde gedachten, sensaties, emoties of ervaringen als in het beeld. Daarna wordt gevraagd naar de locatie, leeftijd, leefomstandigheden en zelfbeeld van de deelnemer ten tijde van de gebeurtenis. Vervolgens worden dezelfde vragen afgenomen als over het beeld, maar dan over de herinnering. Ten slotte wordt gevraagd of de gebeurtenis invloed heeft gehad op de angst in dwang-gerelateerde situaties en wanneer de dwangklachten zijn begonnen.

### ***Dagboek over vervelende beelden***

De patiënt vult het dagboek over vervelende beelden in tijdens elke onderzoeksweek op de maandagen, woensdagen en zaterdag, startend op woensdag. Het heeft twee open vragen en vier VAS-schalen (0 tot 100) waar de patiënt middels een streepje zijn oordeel op weergeeft. De open vragen gaan over het beschrijven van het vervelende beeld en de gedachten die de patiënt bij het beeld had. De vier vragen met een schaal beslaan: (1) hoe geloofwaardig het beeld was (niet geloofwaardig-erg geloofwaardig), (2) hoeveel angst het beeld opriep (niet angstig-erg angstig), (3) hoeveel de beelden werden onderdrukt of

geneutraliseerd (nooit-altijd), en (4) hoeveel situaties werden vermeden nadat het beeld was opgekomen (nooit-altijd).

### ***Overtuigingen en emoties voor/na ImR***

De vragenlijst *Overtuigingen en emoties voor/na ImR* wordt tijdens de ImR-sessies zowel voor als na het herschrijven afgenomen bij de patiënt. Na het ophalen van een herinnering wordt eerst gevraagd naar de overtuigingen geassocieerd met de herinnering. Vervolgens wordt gevraagd aan de patiënt om een score van 0 (helemaal niet) tot 100 (heel erg) te geven over de rationaliteit en geloofwaardigheid van deze overtuigingen. Ook de emotie geassocieerd met de overtuiging en de intensiteit ervan wordt uitgevraagd op een schaal van 0 (helemaal niet) tot 100 (heel erg). Daarnaast wordt naar de hoeveelheid spanning, helderheid en geloofwaardigheid gerelateerd aan de herinnering op een schaal van 0 (helemaal niet) tot 100 (heel erg). Na het herschrijven worden dezelfde vragen weer gesteld.

### ***Secundaire symptoommaten***

**Obsessive-Compulsive Inventory – Revised** (OCI-R; Foa et al., 2002; Nederlandse versie: Cordova-Middelbrink et al., 2007). De OCI-R wordt afgenomen om de mate van OCS-symptomen te meten en bestaat uit 18 items met 6 verschillende subschalen (schoonmaken, controleren, ordenen, obsederen, verzamelen en neutraliseren). De patiënt scoort in hoeverre een item haar/hem de afgelopen maand heeft dwarsgezeten op een 5-puntsschaal (helemaal niet-extreem). De laagste te halen score is 0 en de maximale score 72. Een score tussen de 0-15 kan worden gezien als mild, 16-27 als matig en 28-72 als ernstig (Abramovitch et al., 2020). De vragenlijst heeft een hoge interne consistentie ( $\alpha = .81$ ) en een hoge constructvaliditeit (Foa et al., 2002) en is geschikt om de voortgang van behandeling te meten (Abramowitz et al., 2005).

**Inventory of Depressive Symptomatology – Self-Rated** (IDS-SR, Wardenaar et al., 2010). De IDS-SR is een zelfrapportage-vragenlijst gebruikt voor het meten van

depressiesymptomen van de afgelopen zeven dagen. Er zijn 28 items met een schaal van 0 (niet aanwezig) tot 3 (zeer aanwezig). De vragenlijst heeft een maximale score van 84, waarbij een score van 0-14 staat voor subklinisch, 14-25 mild, 26-38 matig, 39-48 ernstig en 49 en hoger zeer ernstig. De IDS-SR heeft een goede betrouwbaarheid ( $\alpha = .79$ ) en hoge concurrente validiteit (Rush et al., 1996).

### ***Haalbaarheidsmaten voor de patiënt***

**Verwachting ImR-behandeling.** Eén vraag over hoe effectief de patiënt denkt dat de ImR-behandeling zal zijn voor zijn dwangklachten, met een schaal van 1 (helemaal niet) tot 10 (heel erg). De vraag wordt afgenomen tijdens de eerste sessie van de ImR-behandeling.

**Verwachting ERP-behandeling.** Eén vraag over hoe effectief de patiënt denkt dat de ERP-behandeling zal zijn voor zijn dwangklachten, met een schaal van 1 (helemaal niet) tot 10 (heel erg). De vraag wordt afgenomen tijdens de eerste sessie van de ERP-behandeling.

**Tevredenheidsvragenlijst.** De tevredenheidsvragenlijst (gebaseerd op Miller et al., 2021) bevat vier vragen over de tevredenheid over de behandeling, met een schaal van 1 (helemaal niet) tot 10 (heel erg), en zestien open vragen. De vragen gaan over de effectiviteit van de behandelingen, welke onderdelen het meest en minst effectief waren, eventuele ongewenste symptomen en verbeterpunten. Het wordt afgenomen in de week na de ERP-behandeling. In Bijlage B staat de inhoud van deze vragenlijst.

**Evaluatieformulier.** Bij het evaluatieformulier wordt gevraagd naar de tevredenheid over de behandeling, wat er is geleerd tijdens de ImR en de ERP, de veranderingen in de dwangklachten, of er nog vervolgbehandeling nodig is, en ongewenste symptomen of generalisatie-effecten. De lijst wordt afgenomen bij de patiënt door de behandelaar tijdens de laatste ERP-sessie. Zie Bijlage C voor de inhoud van deze vragenlijst.

### ***Haalbaarheidsmaten voor de behandelaar***

**Verwachting behandeling.** De lijst bevat drie vragen over de verwachting van de effectiviteit van de ImR, de verwachting van de ERP en de combinatie van de twee gescoord op een schaal van 0 (helemaal niet) tot 10 (heel erg). Het wordt afgenomen tijdens de eerste sessie van de ImR-behandeling.

**Begrip rationale van patiënt.** De lijst bevat twee vragen over in hoeverre de behandelaar denkt dat de patiënt de rationale van de behandeling begrepen heeft, met 0= helemaal niet tot 10= heel erg. Eén vraag betreft de ImR en één vraag de ERP. Het wordt afgenomen tijdens de eerste sessie van de betreffende behandelfase.

**Adherence-checklist.** De adherence-checklist omvat de agendapunten voor elke sessie. Hierop geeft de behandelaar na elke behandelsessie aan welke agendapunten er behandeld zijn en of er afgeweken is van het protocol.

**Compliance-checklist** (Conklin et al., 2021). Na elke ERP-sessie wordt de compliance-checklist ingevuld door de behandelaar. Deze meet de kwaliteit van het huiswerk van 0 (zeer slechte kwaliteit) tot 6 (buitengewone kwaliteit) en de kwantiteit van het huiswerk van 1 (niet uitgevoerd) tot 5 (meer dan afgesproken).

**Interview over acceptatie en haalbaarheid.** Het semigestructureerde interview heeft tien open vragen over de ervaringen van de behandelaar met betrekking tot de interventies en het onderzoek. Er wordt gevraagd naar de combinatie en volgorde van behandelingen, de behandelprotocollen, de onderzoeksprocedure, de onderzoeksmaterialen en de mate van tijdsinvestering. In Bijlage D staat de inhoud van het interview omschreven.

### ***Protocol imaginaire rescripting***

Voor de ImR-behandelfase is er een protocol opgesteld waarin de inhoud van de sessies en de afname van de vragenlijsten gedetailleerd wordt beschreven. Zie Bijlage E voor het ImR protocol. Tijdens ImR wordt samen met de behandelaar de herinnering aan een nare gebeurtenis voor de geest gehaald en herschreven (Van der Wijngaart, 2020). Tijdens het

herschrijven wordt gekeken naar wat de gemiste behoeftes van de patiënt waren tijdens de gebeurtenis en met imaginatie actie ondernomen om deze behoeftes te vervullen. Er wordt in het protocol op gewezen dat de gekozen herinneringen van een gebeurtenis moet zijn welke vóór de ontwikkeling van OCS heeft plaatsgevonden.

De ImR verloopt in vier fases (Arntz & Weertman, 1999): (1) De patiënt omschrijft met gesloten ogen een recente dwanggerelateerde situatie. Dit wordt gebruikt als een affectbrug naar een nare gebeurtenis uit het verleden; (2) de patiënt beeldt zich de nare gebeurtenis in vanuit het perspectief van zichzelf als kind; (3) De patiënt stapt als volwassene in het beeld en helpt het kind totdat de gemiste behoeftes van het kind zijn vervuld; (4) de patiënt neemt weer het perspectief in van het kind om de hulp van de volwassene te ervaren

#### ***Protocol exposure met responspreventie***

Het ERP-protocol is gebaseerd op het protocol van Verbraak en collega's (2017) aangevuld met de meest recente literatuur. Zie Bijlage F voor het ERP protocol en de bijbehorende formulieren. Het protocol bestaat uit 10 wekelijkse sessies. Het wijkt hierbij af van de behandelrichtlijn (Verbraak et al., 2017). Hier is voor gekozen vanwege tijdsbeperkingen omtrent het onderzoek. Tijdens ERP zoekt de patiënt situaties op die angst oproepen, zoals het aanraken van wasmiddel waarvan wordt verwacht dat het blindheid zal veroorzaken. Zij/hij mag vervolgens geen dwanghandelingen of veiligheidsgedrag uitvoeren, zoals het wassen van de handen, om te leren dat de situatie niet gevaarlijk is (het aanraken van wasmiddel veroorzaakt geen blindheid).

In de eerste sessie wordt de behandelrationale uitgelegd en een exposurelijst opgesteld. In de tweede sessie wordt onder begeleiding van de behandelaar een exposureoefening gedaan. De patiënt krijgt vervolgens als huiswerk om minimaal 5 en maximaal 7 keer per week deze exposureoefening uit te voeren. Vanaf de derde sessie voert de patiënt zelfstandig de exposureopdrachten uit die zijn besproken tijdens de behandelsessies. Elke



exposureopdracht wordt twee weken gedaan, minimaal 5 keer per week. Geoefende opdrachten dient de patiënt daarna te blijven uitvoeren volgens de exposureregels.

### **Procedure**

Het onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Rijksuniversiteit Groningen onder code PSY-2021-S-0450 en de Medisch Ethisch Toetsingscommissie van het UMCG onder code 202100070. Data wordt bewaard op een beveiligde schijf waar enkel de onderzoekers toegang tot hebben. De deelnemer krijgt een anonieme code waaraan alle data wordt gekoppeld om de privacy te waarborgen.

Wanneer de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria tijdens de intake wordt de mogelijkheid tot deelname besproken op de afdeling tijdens een multidisciplinair overleg. Vervolgens wordt de patiënt tijdens het adviesgesprek geïnformeerd over het onderzoek. De patiënt krijgt een informatiebrief met toestemmingsverklaring mee en wordt een week later gebeld over deelname.

Tijdens de voormeting wordt de *informed consent* ondertekend. Vervolgens worden het YBOCS-interview, het imaginatie-interview, en de secundaire symptoommaten afgenomen door de onderzoeker. Er worden geluidsopnames gemaakt van het imaginatie-interview. Vervolgens krijgt de patiënt uitleg over het dagboek over vervelende beelden. De dagboeken worden gedurende het gehele onderzoek elke week ingevuld, op maandag, woensdag en zaterdag. De onderzoekers stellen voor aan de patiënt om een wekker te zetten in de mobiel als herinnering om het dagboek in te vullen. De dagboeken worden ingenomen aan het begin van elke behandelsessie.

De week na de voormeting start de ImR-behandelfase. Er worden in totaal drie wekelijkse sessies gegeven, één uur per sessie. Tijdens de eerste sessie wordt de rationale van ImR uitgelegd aan de patiënt zoals omschreven in het protocol en wordt het medicatiegebruik nagevraagd. Daarna vult de patiënt de vragenlijst in over zijn verwachting van de ImR-

behandeling. Elke sessie wordt de vragenlijst *Overtuigingen en emoties voor/na ImR* voor en na het herschrijven van de herinnering afgenomen bij de patiënt door de behandelaar. Aan het einde van de eerste sessie vult de behandelaar daarnaast nog de vragenlijst in over zijn verwachting van de behandeling en de vragenlijst over het begrip van de rationale van de patiënt. Verder vult hij na elke sessie de adherence-checklist in. Aan het einde van de derde sessie wordt het YBOCS-interview afgenomen door de behandelaar.

Na de ImR volgt er een week zonder behandeling. Na deze week start de ERP. De behandelaar neemt aan het begin van de eerste sessie het YBOCS-interview en de secundaire symptoommaten af bij de patiënt. Vervolgens wordt de rationale van de behandeling uitgelegd en beantwoord de patiënt de vragenlijst over zijn verwachting van de behandeling. Aan het einde van de eerste sessie vult de behandelaar de vragenlijst in over het begrip van de patiënt van de behandelrationale. Ook wordt na elke sessie de adherence-checklist ingevuld door de behandelaar. In sessie 3 tot en met 10 vult hij daarnaast de compliance-checklist in. Tijdens sessie 1, 5 en 10 wordt het middelengebruik en medicatiegebruik nagevraagd. Tijdens sessie 10 worden het YBOCS, de secundaire symptoommaten en het evaluatieformulier afgenomen bij de patiënt.

De laatste fase van het onderzoek duurt één week. Bij de behandelaar wordt het interview afgenomen over de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de behandeling. De patiënt beantwoordt de tevredenheidsvragenlijst en levert de laatste dagboeken in.

Zie Figuur 1 voor een grafisch overzicht van de materialen en de fase waarin ze worden afgenomen.

### ***Behandelaar en supervisie***

De behandelingen worden gegeven door een klinisch psycholoog van de deeltijdafdeling Angst & Dwang bij het UCP met ruime ervaring in ImR en ERP.

Tijdens het gehele onderzoek zijn er meerdere supervisiemomenten met de behandelaar en de

hoofdonderzoeker. Aan het begin van elke behandelfase bespreekt de hoofdonderzoeker het behandelprotocol met de behandelaar. Na elke behandelfase worden de toepassing van het behandelprotocol en feedbackpunten van de behandelaar besproken.

Er is een studentonderzoeker aanwezig tijdens de supervisies en behandelsessies die observaties maakt over de behandeling en de uitvoering van het protocol. Daarnaast assisteert deze bij de af- en inname van de vragenlijsten.

### **Statistische analyses**

De analyses zijn uitgevoerd met SPSS Statistics v28.

*Is het aanvaardbaar (acceptability) voor patiënt en behandelaar en uitvoerbaar (practicality) om de combinatie ImR en ERP te geven binnen een klinische setting?*

Er wordt gekeken naar de scores op de vragenlijsten over de behandelverwachtingen van patiënt en behandelaar, het begrip van de behandelrationales, en de tevredenheidsvragenlijst. Het percentage van sessies dat is uitgevoerd volgens het protocol wordt berekend met behulp van de adherence-checklist. De gemiddelde beoordeling op de compliance-checklist van het huiswerk op kwaliteit en kwantiteit zal worden berekend. Voor het analyseren van de open vragen van de tevredenheidsvragenlijst, het semigestructureerde interview en het evaluatieformulier zal een thematische analyse worden gedaan zoals omschreven door Braun en Clarke (2006). Dit is een benadering waarbij er binnen kwalitatieve data systematisch gezocht wordt naar terugkomende thema's.

Voor het bepalen van de aanvaardbaarheid en uitvoerbaarheid zijn er haalbaarheidscriteria opgesteld door Meckling (2021). Zie Tabel 1 voor een overzicht van de van tevoren opgestelde haalbaarheidscriteria.

**Tabel 1**  
*Haalbaarheidscriteria (Meckling, 2021)*

Haalbaarheid	Criteria
1. Niet haalbaar	Eén of meerdere van de volgende criteria:

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zowel de behandelaar als de patiënt zijn ontevreden over de interventie. (Aanvaardbaarheid)</li> <li>• Gemiddelde beoordeling van het huiswerk van de patiënt is een 1. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• 30% of minder van de geplande therapie sessies zijn uitgevoerd. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• 80% of minder van de data mist. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• 10% of minder van de therapie sessies zijn uitgevoerd volgens het protocol. (Uitvoerbaarheid)</li> </ul>
2. Haalbaar met aanpassingen	<p>Eén of meerdere van de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De behandelaar en patiënt zijn overwegend ontevreden met de interventie. (Aanvaardbaarheid)</li> <li>• De behandelaar geeft gemiddeld een 5 voor het begrip van de patiënt over de rationale. (Aanvaardbaarheid)</li> <li>• Gemiddelde beoordeling van het huiswerk van de patiënt is 2. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• 50% of minder van de geplande therapie sessies zijn uitgevoerd. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• 50% of minder van de data mist. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• Tenminste 60% van de therapie sessies zijn uitgevoerd volgens het protocol. (Uitvoerbaarheid)</li> </ul>
3. Haalbaar zonder aanpassingen	<p>Alle van de onderstaande criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De behandelaar en de patiënt zijn tevreden over de interventie. (Aanvaardbaarheid)</li> <li>• De behandelaar geeft gemiddeld een 6 of hoger voor het begrip van de patiënt over de rationale. (Aanvaardbaarheid)</li> <li>• Gemiddelde beoordeling van het huiswerk van de patiënt is een 3. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• 80% of meer van de geplande therapie sessies zijn uitgevoerd. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• 30% of minder van de data mist. (Uitvoerbaarheid)</li> <li>• Tenminste 80% van de therapie sessies zijn uitgevoerd volgens het protocol. (Uitvoerbaarheid)</li> </ul>

---

*Is er sprake van een klinisch significante afname in OCS-symptomen gemeten met de scores op de YBOCS en de OCI-R?*

Om de effectiviteit van de behandelingen te analyseren wordt er gekeken naar de verschillen in score op de YBOCS en de OCI-R tussen de voormeting in fase A en na de ImR

(tussenmeting), voor en na de ERP (tussenmeting en nameting) en in het algemeen tussen de voormeting en na de ERP (nameting). Voor de YBOCS wordt een daling van  $\geq 35\%$  (Mataix-Cols et al., 2016) en voor de OCI-R een daling van  $\geq 40\%$  (Flygare et al., 2023) beschouwd als klinisch significant. Daarnaast zal de *reliable change* (RC; Jacobson & Truax, 1992) worden berekend, met  $RC = (X - X_{baseline})/\sqrt{2(SEM)^2}$ . Een  $RC > 1.96$  of  $< -1.96$  geeft aan dat het onwaarschijnlijk ( $p < 0.05$ ) is dat het verschil in scores op toeval berust. Aangezien dit onderzoek een  $n = 1$  is, wordt er voor de YBOCS gebruikgemaakt van  $SEM_{YBOCS} = 3.59$  uit de meta-analyse van Fisher en Wells (2005). Voor de OCI-R worden  $sd_{OCI-R} = 12.72$  en  $r_{OCI-R} = .83$  gebruikt uit het artikel van Abramovitch en collega's (2020). Dit geeft  $SEM_{OCI-R} = \sqrt{12.72^2(1 - .83)} = 5.24$ .

*Is er sprake van klinische verandering in de mate van geloofwaardigheid, angst, veiligheidsgedrag en vermijding geassocieerd met de intrusieve beelden, gedurende de behandeling?*

Voor elke VAS-schaal van de dagboeken zullen de datapunten geplotted worden in een lijngrafiek. Zoals Lobo en collega's (2017) aanraden zal per schaal en binnen de verschillende onderzoeksfases gekeken worden naar de mediaan, de trend en stabiliteit. Er is sprake van stabiliteit wanneer minstens 85% van de datapunten binnen een range van 15% van de mediaan vallen (Lobo et al., 2017). Kendall's Tau wordt berekend om te bepalen of er een significante trend is in de baselines (Morley, 2018). Wanneer de baselines geen significante trend heeft wordt het percentage van datapunten van fase B en C dat lager ligt dan het laagste punt in de baselinefase (A en A<sub>1</sub>) berekend (Morley, 2018; Lobo et al., 2017). Bij 50% of lager is er geen behandel-effect, tussen de 50% en 70% een twijfelachtig behandel-effect, en vanaf 70% en hoger een behandel-effect (Lobo et al., 2017). Als de trend in de baseline significant is, wordt Tau-U gebruikt (Morley, 2018) waarbij de voormeting wordt vergeleken met de ImR-fase en de tussenmeting wordt vergeleken met de ERP-fase. Dit wordt gedaan

met behulp van de calculator van Vannest en collega's (2016).

Als er sprake is van een behandel­effect op een schaal wordt de effectgrootte berekend met Cohens *d*.

*Is er sprake van een significante verandering in de perceptie van de vervelende herinnering met betrekking tot geloofwaardigheid, helderheid en spanning, na het toepassen van ImR?*

Om te onderzoeken of er veranderingen zijn in de perceptie van de vervelende herinnering voor en na de ImR worden de scores op de schalen van geloofwaardigheid, helderheid en spanning met elkaar vergeleken middels een tabel.

## **Resultaten**

### **Haalbaarheid**

#### ***Vragen met een schaal***

De patiënt en de behandelaar beantwoordden voor de start van de behandeling vragen over hun behandel­verwachting. In Tabel 3 staat een overzicht van de betreffende vragen en de beoordelingen van patiënt en behandelaar. De patiënt gaf een voldoende voor de verwachting van de ImR terwijl de behandelaar zijn verwachting als net een onvoldoende beoordeelde. Zowel de patiënt als de behandelaar gaven een voldoende voor de verwachting van de ERP. Voor de gehele behandeling gaf de behandelaar een lage verwachting.

Aan het einde van de behandeling vulde de patiënt de tevredenheidsvragenlijst in. Zie Tabel 3 voor de vragen met een schaal en de bijbehorende beoordeling. De patiënt gaf voor beide behandelingen en voor de combinatie een voldoende. De combinatie werd beoordeeld als erg tevreden. Daarnaast gaf de patiënt aan dat het erg waarschijnlijk was dat zij de behandeling aan een vriend(in) zou aanraden.

De behandelaar gaf in het semigestructureerde interview aan tevreden te zijn met de behandeling. Zo vond hij ImR en ERP een logische combinatie. Ook was hij tevreden over de behandel­protocollen, behandel­rationales en de onderzoeksprocedure. Echter werd als

kanttekening gegeven dat de hoeveelheid vragenlijsten veel waren. De behandelaar scoorde het begrip van de patiënt van de behandelrationales voldoende, met een 6 voor ImR en een 9 voor ERP. De compliance checklist is op beide schalen (kwaliteit en kwantiteit) beoordeeld met een voldoende, met gemiddeld een 4,11 op de kwaliteit (0 = zeer slechte kwaliteit, 6 = buitengewone kwaliteit) en een 3,56 op de kwantiteit (1 = niet uitgevoerd, 5 = meer dan afgesproken).

## Tabel 2

*Behandelverwachting van zowel patiënt als therapeut op een schaal van 1 (= helemaal niet) tot 10 (= heel erg)*

Patiënt	
1. Hoe effectief denkt u dat <i>imaginatie en rescripting</i> gaat zijn in het verminderen van uw dwangklachten?	7
2. Hoe effectief denkt u dat exposure met responspreventie gaat zijn in het verminderen van uw dwangklachten?	7
Therapeut	
1. Hoe effectief denkt u dat imaginaire rescripting gaat zijn in het verminderen van de dwangklachten van patiënten met OCS?	5
2. Hoe effectief denkt u dat exposure met responspreventie gaat zijn in het verminderen van de dwangklachten van patiënten met OCS?	8
3. Hoe effectief denkt u dat de toevoeging van imaginaire rescripting aan exposure met responspreventie gaat zijn in het verminderen van de dwangklachten van patiënten met OCS?	4

**Tabel 3**

*Beoordelingen van de patiënt op de tevredenheidsvragenlijst op een schaal van 1 (= helemaal niet) tot 10 (= heel erg)*

Vraag	Antwoord
1. Hoe tevreden bent u over de totale behandeling die u heeft gekregen?	8
2. Hoe effectief vindt u dat <i>imaginatie en rescripting</i> was in het verminderen van uw dwangklachten?	6
3. Hoe effectief vindt u dat <i>exposure met responspreventie</i> was in het verminderen van uw dwangklachten?	7
4. Zou u de combinatie van <i>imaginatie en rescripting</i> en <i>exposure met responspreventie</i> aanraden aan een vriend(in) met dezelfde klachten als u?	8

### ***Adherence-checklist***

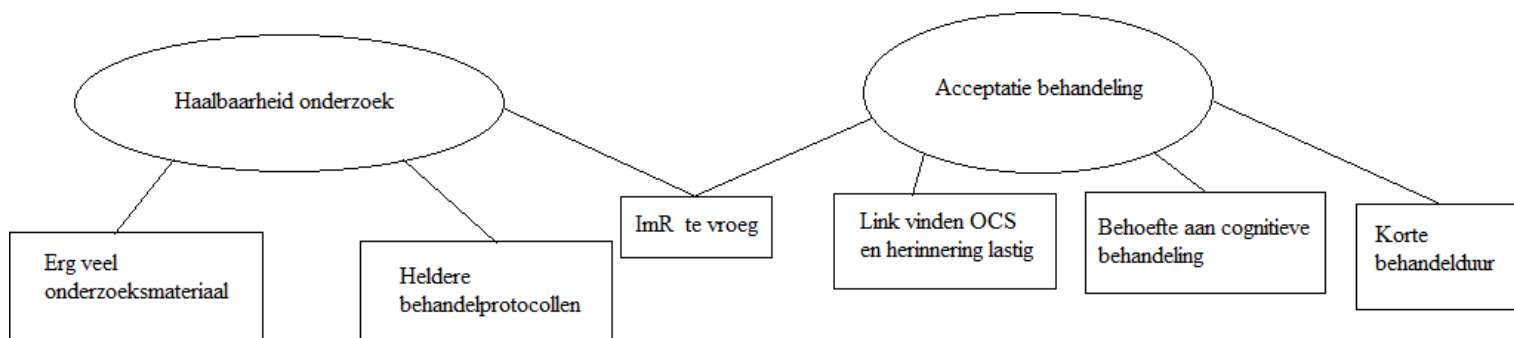
Na elke behandelsessie vulde de behandelaar een adherence-checklist in met alle agendapunten. Hieruit komt naar voren dat er op meerdere punten is afgeweken van het protocol. Zo is er maar één keer controle gedaan naar het medicatiegebruik terwijl dit vier keer moest worden gedaan volgens het protocol. In sessie 3 van de ImR is de vragenlijst *Overtuigingen en emoties voor/na ImR* niet afgenomen vóór het herschrijven. Ook is tijdens sessie 3 een herinnering gebruikt van na de ontwikkeling van het OCS, in plaats van ervoor. Tijdens de ERP was er ook een aantal keer afgeweken van het protocol. Ten eerste is er een andere exposurelijst gebruikt dan degene uit het protocol. Er is daarnaast in twee sessies imaginaire exposure gedaan. Ook is in een sessie het onderwerp assertiviteit besproken, en in



een andere sessie de familieachtergrond. In totaal is 61% van de sessies uitgevoerd volgens het protocol.

## **Figuur 2**

*Thema's uit het interview, de tevredenheidsvragenlijst en de evaluatie.*



### ***Thema's uit de open vragen***

Uit het interview van de behandelaar, de open vragen van de tevredenheidsvragenlijst en de evaluatie kwamen verschillende thema's naar voren (zie Figuur 2). Wat betreft de het onderzoek werd genoemd dat de behandelprotocollen duidelijk en helder waren. De hoeveelheid onderzoeksformulieren werd daarentegen wel als erg veel ervaren. De ondersteuning van de studentonderzoeker en de ordening in de map waren daarin onmisbaar om het overzicht te kunnen bewaren. De vragenlijst *Overtuigingen en emoties voor/na ImR* werd vooral als storend en afleidend ervaren. De patiënt werd daardoor tijdens de ImR afgeleid en uit zijn gevoel gehaald. De patiënt gaf verder aan de dagboekjes lastig te vinden, vanwege dwangmatige twijfel over het kiezen van beelden. De behandelaar sprak ook twijfels uit over de haalbaarheid van het invullen van alle lijsten en formulieren door deze patiëntenpopulatie, welke meestal moeite hebben met het plannen en uitvoeren van taken.

Wat betreft de behandeling kwam uit het interview met de behandelaar dat het lastig was om een relevante herinnering te vinden van voor het ontstaan van de OCS-problematiek. Wel gaf de behandelaar aan dat er mogelijk OCS-patiënten zijn waarbij dit makkelijker te

vinden is. Ook de patiënt gaf in zijn tevredenheidsvragenlijst aan moeite te hebben met het vinden van geschikte beelden tijdens de ImR. Verder bleek dat er tijdens de ERP behoefte was aan cognitieve therapie. Daarnaast was volgens de behandelaar de behandelduur van de ERP met tien sessies te kort als complete behandeling. Wel gaf de geprotocolleerde wijze van werken waardevolle informatie over vervolgbehandeling.

Een ander thema was de timing van de ImR. Voor het onderzoek was het belangrijk dat de ImR als eerste werd gegeven. De behandelaar gaf echter aan dat dit voor deze patiënt te vroeg was. Zo werd na de ImR een mogelijk relevante betekenisvolle gebeurtenis (van voor het ontstaan van de OCS) gevonden die geschikt zou kunnen zijn geweest voor ImR. Tijdens het bespreken van de familieachtergrond tijdens de ERP kwamen namelijk verschillende thema's uit de opvoeding van de patiënt naar voren.

Concluderend lijkt het onderzoek haalbaar te zijn met aanpassingen.

### **Scores op de YBOCS en OCI-R**

Om het effect van de behandeling op de OCS-symptomen te meten zijn de YBOCS en OCI-R op verschillende momenten afgenomen. De procentuele verschillen, berekend met de formule  $\frac{Meting_1 - Meting_2}{Meting_1} * 100$ , op de YBOCS en de OCI-R zijn niet klinisch significant (voor YBOCS een daling van  $\geq 35\%$  en voor OCI-R een daling van  $\geq 40\%$ ). Zie Tabel 4 voor de ruwe scores per fase en de procentuele veranderingen.

Op zowel de YBOCS als de OCI-R is er tussen de metingen geen  $RC \leq -1.96$ . Dit betekent dat tussen de behandelfases en over de gehele behandeling er geen significante veranderingen hebben plaatsgevonden. Zie Tabel 5 voor de RC-scores.

**Tabel 4***Ruwe scores per meting en procentuele veranderingen tussen metingen.*

	Voor- meting	Tussen- meting 1	Tussen- meting 2 <sup>a</sup>	Nameting	% Voormeting versus tussenmeting	% Tussenmeting versus nameting	% Voormeting versus nameting
YBOCS	21	23	23	20	+9.5	-13	-4.8
Obsessies	12	13	13	11	+8.5	-15	-8.3
Compulsies	9	10	10	9	+11.1	-10	0
OCI-R	40	32		33	-20	+3.1	-17.5

<sup>a</sup> Voor de YBOCS zijn er twee tussenmetingen: één na de ImR-fase en één na de ERP fase. De OCI-R is als tussenmeting enkel afgenomen na de ImR-fase.

**Tabel 5***Reliable Change tussen metingen*

	Voormeting versus tussenmeting	Tussenmeting versus nameting	Voormeting versus nameting
YBOCS	.27	-.59	-.20
OCI-R	-1.08	.13	-.94

## Resultaten van de dagboeken

De patiënt vulde tijdens het gehele onderzoek drie keer per week dagboeken in over zijn vervelendste beeld van die dag en gaf daarbij een oordeel van 0 (helemaal niet) tot 100 (heel erg) over de geloofwaardigheid, angst en mate van veiligheidsgedrag en vermijding geassocieerd met het beeld.

De medianen van elke fase van de schalen geloofwaardigheid, angst, veiligheidsgedrag en vermijding staan weergegeven in Tabel 6. Het verloop van de scores op de schalen staat weergegeven in Grafiek 1, 2, 3 en 4.

**Tabel 6***Mediaan van elke fase per kenmerk van de ongewenste gedachten.*

	Baseline A	ImR	Baseline A <sub>1</sub>	ERP	Baseline A <sub>2</sub>
Geloofwaardigheid	65	68	72	60.5	36
Angst	76	72.5	68	55.5	39.5
Veiligheidsgedrag	31	53	47	39	30
Vermijding	23	23	47	25	24.5

De schalen hebben geen significante trend op baseline A en A<sub>1</sub>. De ruwe scores binnen de fases is op de meeste schalen niet stabiel, behalve op de angstschaal tijdens baseline A en de ImR-fase. Vanwege de instabiliteit van de data is besloten om, naast het berekenen van percentages van niet-overlappende datapunten, een Tau-U analyse te doen om te onderzoeken in hoeverre het verloop van de kenmerken significant verschilt tussen de fases. Zie Tabel 9 voor de Tau-U en *p*-waardes van de baseline tegenover de behandelfase voor elk kenmerk.

**Tabel 7***Tau-U en p-waardes voor elke schaal.*

	A versus ImR	<i>p</i> -waarde	A <sub>1</sub> versus ERP	<i>p</i> -waarde
Geloofwaardigheid	.38	.23	-.39	.29
Angst	-.23	.46	-.18	.06*
Veiligheidsgedrag	.58	.07	-.27	.43
Vermijding	-.1	.75	-.88	.01**

\**p* < .1 \*\**p* < .05

Positieve Tau-U waardes laten zien dat er sprake is van een stijging en negatieve Tau-U waardes geven blijk van een daling ten opzichte van de baseline. In vergelijking met baseline A is er tijdens de ImR een (niet-significante) stijging in score op de schalen van geloofwaardigheid en veiligheidsgedrag. De overige waardes geven een dalende trend weer.

Op de schaal van vermijding is de daling tijdens de ERP-fase ten opzichte van de baseline significant bij  $\alpha = .05$ .

Berekeningen van de percentages niet-overlappende datapunten met de laagste waarde uit de baseline (zie Tabel 8) laten zien dat er geen sprake is van een behandel­effect op alle schalen betreffende de ImR-behandeling. Op de schaal van vermijding is er wel een behandel­effect ( $\geq 70\%$ ) tijdens de ERP, met een effectgrootte van  $d = 0.21$ .

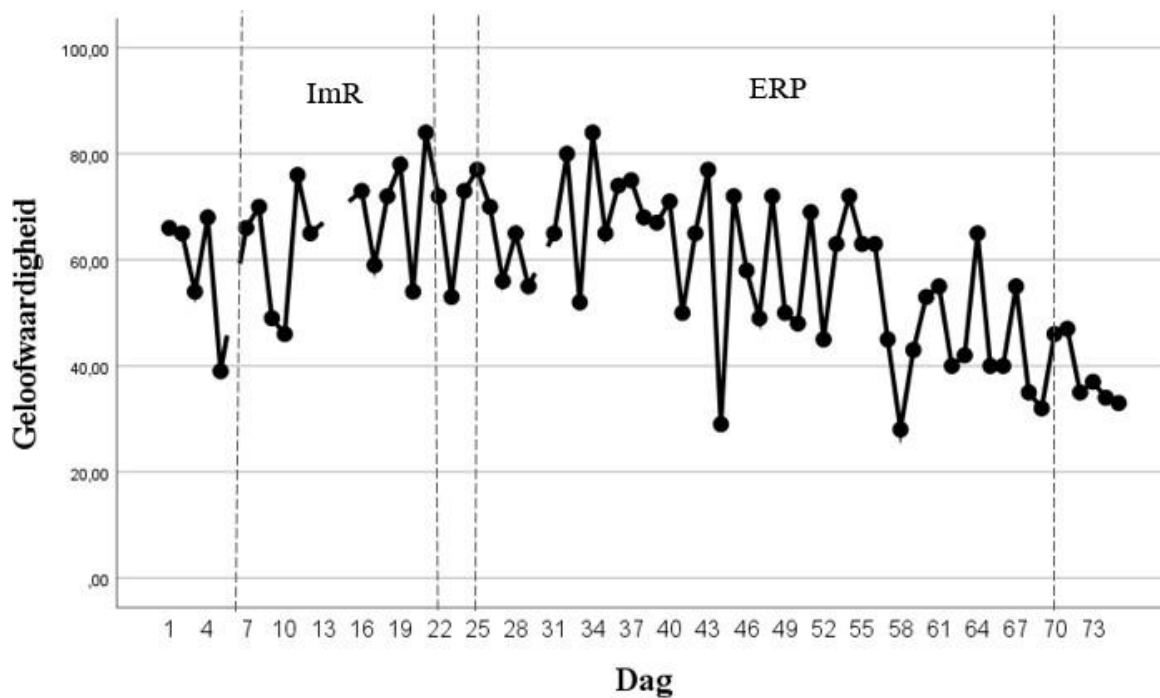
**Tabel 81**

*Percentage van niet-overlappende datapunten van de behandelfase met de laagste baseline-waarde.*

	% datapunten ImR onder laagste waarde baseline A	% datapunten ERP onder laagste waarde baseline A <sub>1</sub>
Geloofwaardigheid	0	36
Angst	42	41
Veiligheidsgedrag	0	47
Vermijding	8	89

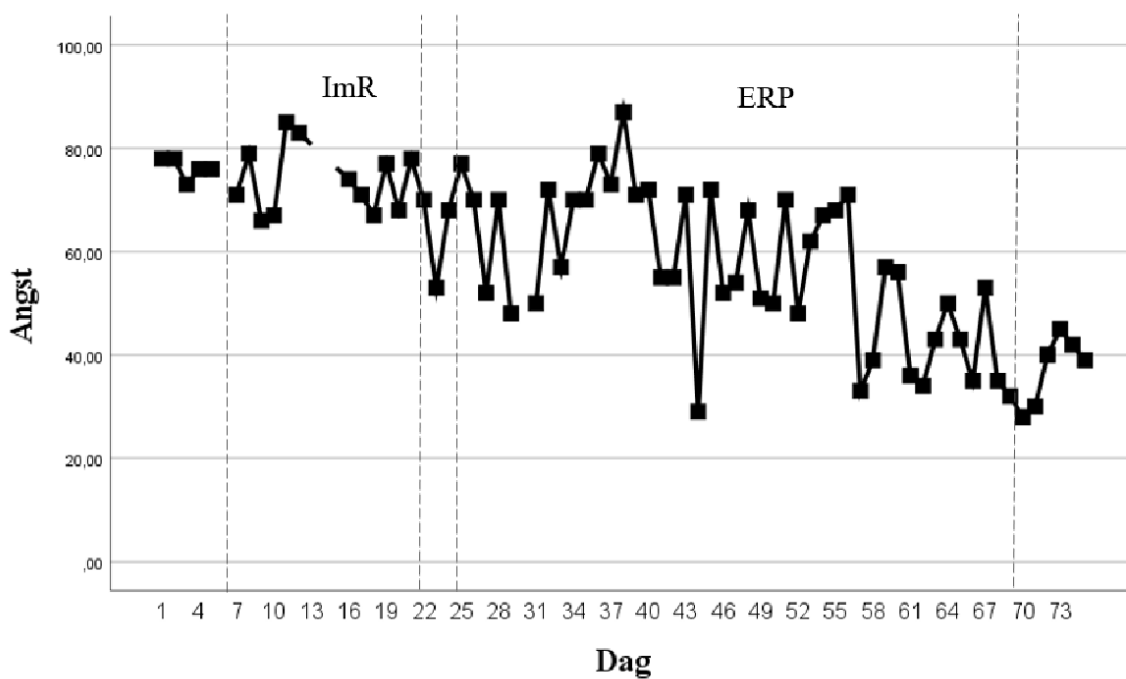
## Grafiek 1

Lijngrafiek van het kenmerk geloofwaardigheid geassocieerd met vervelende beelden.



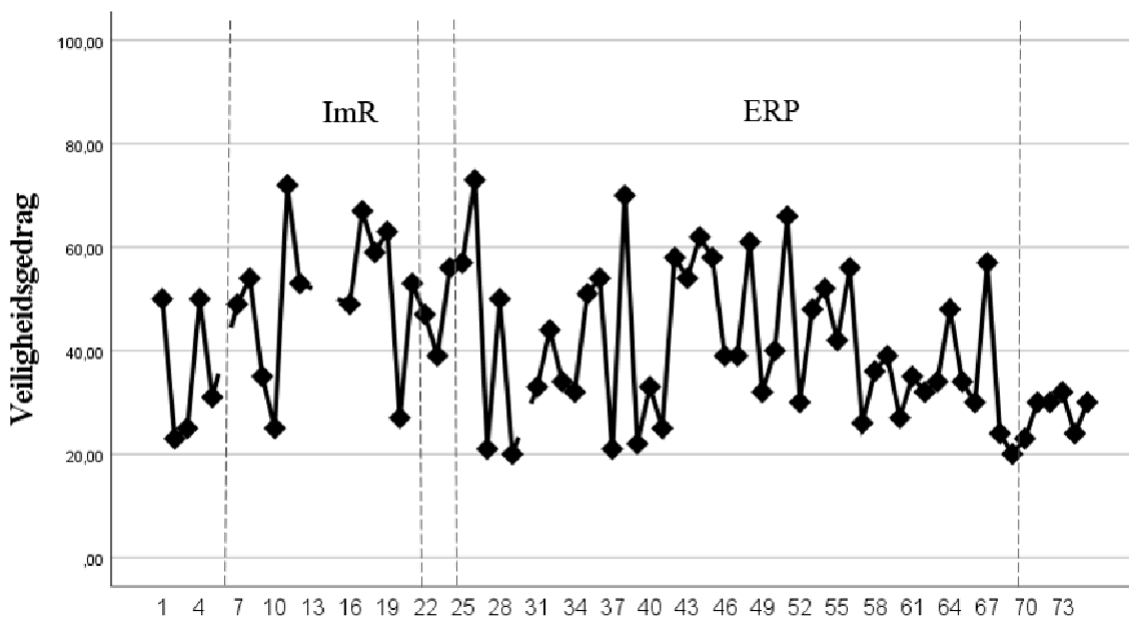
## Grafiek 2

Lijngrafiek van het kenmerk angst geassocieerd met vervelende beelden.



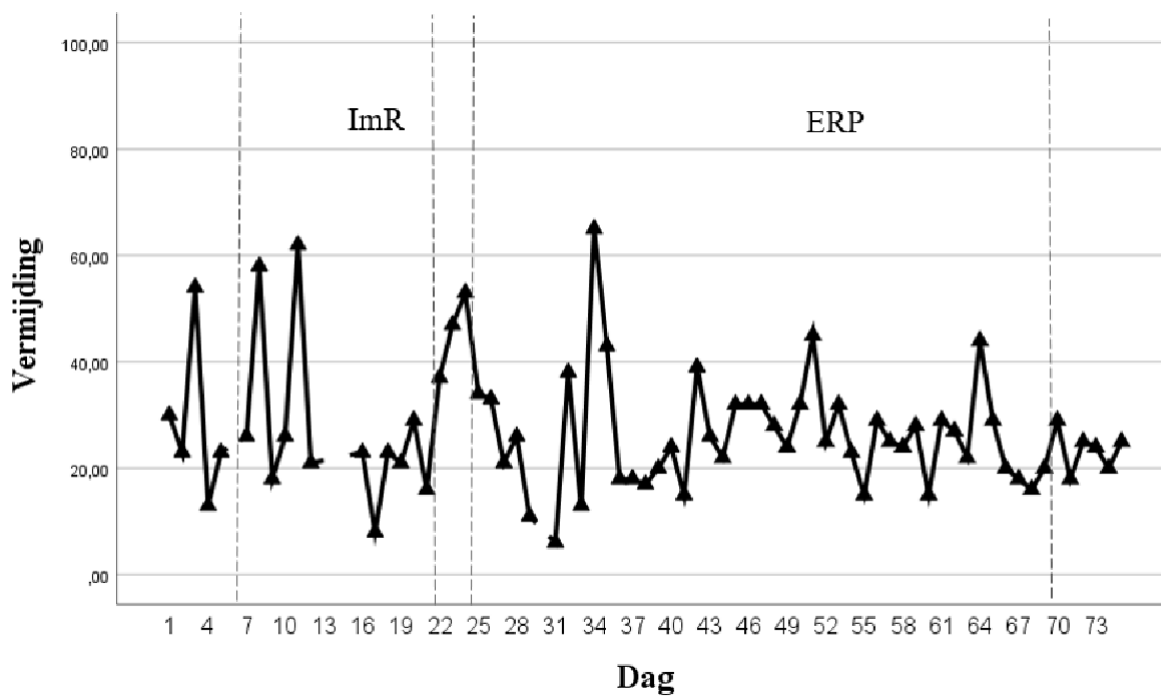
### Grafiek 3

Lijngrafiek van het kenmerk veiligheidsgedrag geassocieerd met vervelende beelden.



### Grafiek 4

Lijngrafiek van het kenmerk vermijding geassocieerd met vervelende beelden.



### Perceptie van de vervelende herinnering voor versus na ImR

Op de schaal geloofwaardigheid mist alle data, op één punt na. De waardes op de voormeting van helderheid en spanning van sessie 3 ontbreken ook. Deze data ontbreekt doordat de behandelaar de vragenlijst niet volledig had afgenomen. Er is een daling bij zowel helderheid als spanning bij sessie 1 en sessie 2. De significantie van de verschillen in de scores is niet vast te stellen, omdat er sprake is van afhankelijkheid tussen de verschillende sessies en er geen spreiding vastgesteld kan worden. Zie Tabel 9 voor de ruwe scores op de schalen voor en na het rescripten per ImR sessie.

**Tabel 9**

*Perceptie van de herinnering voor en na imaginaire rescripting.*

	Sessie 1		Sessie 2		Sessie 3	
	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na
Geloofwaardigheid	60	-	-	-	-	-
Helderheid	50	20	30	20	-	30
Spanning	70	40	70	50	-	70

### Discussie

In deze casestudie is de haalbaarheid van de combinatie ImR en ERP onderzocht als behandeling voor OCS bij één patiënt in een poliklinische setting. Daarnaast is de effectiviteit van de behandeling bestudeerd met betrekking tot de OCS-symptomen, de vervelende beelden en de herschreven herinneringen.

De haalbaarheid van de combinatie van ImR en ERP is onderzocht middels zelfrapportagevragenlijsten en interviews bij de patiënt en behandelaar. Bij haalbaarheid wordt onderzocht in hoeverre een onderzoek en interventie toegepast kan worden in de praktijk (Gadke et al., 2021). Op basis van de opgestelde haalbaarheidscriteria door Meckling (2021) blijkt uit de resultaten dat het behandelprotocol en onderzoeksprotocol haalbaar is met



aanpassingen. Er is specifiek gekeken naar de aanvaardbaarheid en uitvoerbaarheid, zoals gedefinieerd door Bowen en collega's (2009). Zowel de patiënt als de behandelaar gaven aan over het algemeen tevreden te zijn met de behandeling, de vragenlijsten en de protocollen. Er kan daardoor vastgesteld worden dat de behandeling en het onderzoek aanvaardbaar zijn, naar de definitie van Bowen en collega's (2009). Echter was 61% van de sessies uitgevoerd volgens het onderzoeks- en behandelprotocol, waardoor de protocollen nog onvoldoende uitvoerbaar zijn in de huidige setting met de bestaande middelen. Een belangrijk punt dat naar voren kwam uit de *adherence*-checklist was dat het medicatiegebruik niet werd gecontroleerd. Het controleren van medicatiegebruik is van belang omdat zonder medicatiecontrole het mogelijk is dat het medicatiegebruik tijdens het onderzoek ongezien verandert, wat invloed kan hebben op de onderzoeksuitkomsten. Dit geeft methodologische beperkingen, en vermindert de uitvoerbaarheid van het onderzoek. Medicatiecontrole zal in de supervisie daarom extra benadrukt moeten worden.

Het tweede punt waarop het protocol niet is gevolgd is het afnemen van de vragenlijst *Overtuigingen en emoties voor/na de ImR*. Het item over geloofwaardigheid is maar één keer afgenomen. Daarnaast zijn de vragen tijdens de derde ImR-sessie voor het herschrijven ook niet afgenomen. De vragenlijst werd namelijk als lang en storend ervaren. De vraag over de geloofwaardigheid van de herinnering werd overgeslagen omdat deze zorgde voor verwarring en voor patiënt en behandelaar onlogisch was. Daarnaast kwam naar voren dat de afname van deze lijst het voor de patiënt bemoeilijkte om zich te kunnen focussen op de imaginatie. De afname van deze vragenlijst is onvoldoende uitvoerbaar doordat de hinder te groot was om het volgens het onderzoeksprotocol af te nemen. Daarnaast is het mogelijk dat de afname van deze vragenlijst, vanwege het afleidende effect, invloed heeft gehad op de toepassing en dus ook de werkzaamheid van de ImR. Een mogelijke oplossing is om het aantal kenmerken voor het onderzoek te verminderen naar één kenmerk zodat de ervaren hinder zo klein mogelijk

wordt gemaakt en het onderzoek beter uitvoerbaar is volgens het protocol.

Daarnaast vertelde de behandelaar in het semigestructureerde interview moeite te hebben om geschikte herinneringen te vinden voor de ImR. Dit is van invloed op de uitvoerbaarheid van de behandeling. Tijdens een supervisiemoment is als verklaring genoemd dat de patiënt nog te jong zou kunnen zijn voor ImR. Resultaten van een onderzoek van Lee en Kwon (2013) suggereren echter dat een jonge leeftijd geen belemmering hoeft te zijn bij ImR. Zij gaven ImR aan deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 24 jaar als behandeling voor een sociale angststoornis en vonden significante verbeteringen in symptomen na het krijgen van de behandeling in vergelijking met de controlegroep. Er is echter verder nog weinig onderzoek gedaan naar het effect van leeftijd op de behandelresultaten van ImR. Een alternatieve verklaring zou kunnen zijn dat de ImR te vroeg in de behandeling was ingezet voor deze specifieke patiënt. De behandelaar leek later in de ERP-fase dan ook meer aanknopingspunten voor ImR te vinden. Er kan daarom overwogen worden om flexibeler om te gaan met de timing van de ImR en de timing hiervan dan te laten registreren door de behandelaar. Aangezien ImR daardoor mogelijk per patiënt meer toegespitst is op het individu, kan dit de uitvoerbaarheid van de behandeling verbeteren. Het onderzoek van Maloney en collega's (2022) geeft aanwijzingen dat de toepassing van ImR na ERP ook effectief zou kunnen zijn bij OCS. Daartegenover omschrijft Arntz (2020) echter dat de mogelijke behandelmechanismen van ImR het makkelijker zouden kunnen maken om exposure aan te gaan en zouden kunnen ondersteunen bij het verminderen van terugval. Deze afweging zou dan per individu gemaakt kunnen worden.

Het zou verder kunnen dat het imaginatie-interview van Speckens en collega's (2007) niet voldoende is geweest voor het vinden van aanknopingspunten voor de ImR. Mogelijk zou het opstellen van een holistische theorie door de behandelaar voor de start van de behandeling ook kunnen bijdragen aan het vinden van de aanknopingspunten. Hierdoor wordt de

behandeling beter uitvoerbaar. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de meerwaarde van een holistische theorie. Korrelboom en Ten Broeke (2014) geven daarentegen wel aan dat een holistische theorie met name in complexe behandelsettings helderheid kan bieden.

Mogelijk dat dit in deze behandelsetting daarom zinvol zou kunnen zijn.

Zowel patiënt als behandelaar spraken verder over een behoefte aan een langere behandelduur en cognitieve therapie (CT) tijdens de ERP. Ondanks dat ze allebei tevreden waren over de behandeling zou een aanpassing de aanvaardbaarheid nog verder kunnen verhogen. Aan de ERP-behandelfase zou een nieuwe fase toegevoegd kunnen worden waarin zowel ERP als CT kan worden toegevoegd. Dit is tijdens een van de supervisiemomenten ook besproken als mogelijke oplossing. Dit zou zowel de behandelduur verlengen alsook de behandeling verbreden. Op die manier zou de behandeling meer aan kunnen sluiten op de alledaagse praktijk zonder dat de meetbaarheid van het onderzoek teveel verminderd wordt. Het protocol van Verbraak en collega's (2017) raadt bijvoorbeeld een sessieduur aan van minstens achttien sessies en om naast ERP gebruik te maken van CT. Door CT toe te voegen in een derde behandelfase zou het onderzoek dus beter aan kunnen sluiten bij de behandelprotocollen voor OCS die in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland worden gebruikt, waardoor het onderzoek meer overeen komt met de alledaagse praktijk.

Concluderend komt naar voren dat het onderzoek en de behandeling aanvaardbaar zijn voor zowel patiënt als behandelaar. Om de uitvoerbaarheid te verbeteren zijn er een aantal aanpassingen gegeven.

De scores op de YBOCS en de OCI-R laten zien dat er over de gehele behandeling geen sprake is van een klinisch significante vermindering in OCS-symptomen. Tussen de behandelfases zijn de verschillen tussen de scores ook niet significant. Het lijkt er dus op dat zowel de ImR als de ERP geen klinisch significant effect hebben gehad op de OCS-symptomen van deze patiënt. Wat betreft de ImR-behandeling, is dit opvallend aangezien

eerdere onderzoeken hebben uitgewezen dat ImR OCS-symptomen kan verminderen (bijvoorbeeld Veale et al., 2015 en Maloney et al., 2019). Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat volgens de behandelaar de ImR naar zijn ervaring moeizamer verliep bij deze patiënt dan bij andere OCS-patiënten. Daarnaast werd de afname van de lijst *Overtuigingen en emoties voor/na de ImR* tijdens de imaginatie als storend ervaren. Deze redenen zouden het effect van ImR beperkt kunnen hebben. Verder was er ook geen klinisch significante vermindering in OCS-symptomen gevonden na de ERP-behandeling. Mogelijk dat de behandeling te beperkt en te kort (in totaal 10 sessies ERP) om tot klinisch significante effecten te leiden. Zo adviseren Verbraak en collega's (2017) een behandeling van minstens achttien sessies, met naast ERP ook CT.

Verder is het effect van ImR en ERP onderzocht op de ervaren geloofwaardigheid, angst, veiligheidsgedrag en vermijding geassocieerd met de vervelende beelden. Er zijn geen behandel-effecten of significante dalingen gevonden bij alle kenmerken tijdens de ImR. Een verklaring voor het beperkte effect van de ImR is dat deze volgens de behandelaar moeizaam verliep en mogelijk daardoor niet is aangeslagen bij de patiënt.

Tijdens de ERP-behandelfase dalen de scores op geloofwaardigheid, angst en vermijding. Dit suggereert dat ERP zou kunnen helpen met het verminderen van de angst en geloofwaardigheid van vervelende beelden en daarnaast helpt met het verminderen van het vermijden van triggers van de ongewenste beelden. De dalingen op geloofwaardigheid en angst waren echter niet sterk genoeg om te kunnen spreken van een klinisch significant effect of een behandel-effect. Er is wel een behandel-effect gevonden op vermijding, met een kleine effectgrootte. Hieruit blijkt dat de patiënt klinisch minder vermijdingsgedrag had omtrent zijn vervelende beelden. Er is geen behandel-effect of verandering gevonden op veiligheidsgedrag. Een verklaring zou kunnen zijn dat de ERP hier geen effect op heeft gehad omdat deze patiënt naast gedragsmatige dwanghandelingen ook mentale dwanghandelingen ervaart. Deze vorm

van veiligheidsgedrag in OCS lijkt chronischer van aard te zijn en wordt geassocieerd met een hogere mate van ernst in OCS-symptomen dan gedragsmatige dwanghandelingen (Sibrava et al., 2011).

Met betrekking tot de veranderingen in de herschreven herinnering na de ImR is er veel missende data. Er zijn aanwijzingen dat door het herschrijven van de herinnering de geassocieerde spanning en helderheid verminderen. Dit laat zien dat ImR mogelijkwijs de perceptie van de herschreven herinnering kan veranderen. Door de missende data en de afhankelijkheid binnen de dataset valt echter niet vast stellen in hoeverre dit klinisch significant is. Er zijn andere onderzoeken die vergelijkbare resultaten hebben gevonden. Resultaten van een onderzoek van Shibuya en collega's (2018) suggereren bijvoorbeeld dat na de toepassing van ImR de spanning geassocieerd met het beeld en de herinnering vermindert, dat de geloofwaardigheid van de dysfunctionele overtuiging daalt, en dat de helderheid niet verandert. Dit onderzoek was gedaan bij deelnemers met een paniekstoornis. Uit een ander onderzoek (Pajak & Kamboj, 2014) naar ImR bij deelnemers met een fobie kwam naar voren dat bij twee van de drie patiënten een daling plaatsvond van meer dan 50% in de ervaren spanning, en vermeende helderheid en geloofwaardigheid geassocieerd met de herschreven herinnering na één sessie. Deze resultaten gecombineerd met de data van het huidige onderzoek suggereren dat ImR inderdaad de geloofwaardigheid van de overtuiging alsook de spanning en helderheid van een herinnering zou kunnen verminderen.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste is het YBOCS interview door een ander persoon afgenomen tijdens de voormeting dan tijdens de vervolgmetingen. Hierdoor zouden verschillen in interpretatie van de OCS-symptomen een effect kunnen hebben gehad op de resultaten van de YBOCS. Daarnaast is de data van de dagboekjes over de vervelende beelden op alle kenmerken instabiel. Daardoor heeft de data een brede spreiding, waardoor het lastiger is om conclusies te trekken over behandel-effecten. Verder

betreft dit onderzoek een casestudy met één patiënt. In hoeverre de effecten van de behandeling toe te wijzen zijn aan de interventies of door patiënt-specifieke kenmerken valt daardoor niet duidelijk te zeggen. Ook is daardoor niet geheel duidelijk of er aspecten zijn met betrekking tot het onderzoeksprotocol welke wel haalbaar zijn voor deze individuele patiënt maar toch niet haalbaar zijn voor een bredere groep patiënten.

In deze casestudy is bij één patiënt gekeken naar de effecten van ImR en ERP. Er was echter geen controlegroep die enkel ERP kreeg. Voor vervolgonderzoek zou het dus informatief kunnen zijn om patiënten te vergelijken die enkel ERP krijgen met patiënten die ImR én ERP krijgen. Daarnaast kwam uit het huidige onderzoek naar voren dat de timing van de ImR ook een mogelijke rol zou kunnen spelen. Om dit verder te onderzoeken zou de toepassing van ImR vóór ERP vergeleken kunnen worden met ImR na ERP. Zo vonden Maloney en collega's (2022) bijvoorbeeld veelbelovende resultaten met ImR na de ERP.

Concluderend lijkt het erop dat het onderzoek haalbaar zal zijn na het toepassen van verscheidene aanpassingen. Er lijkt vanuit patiënt en behandelaar vraag te zijn naar ruimte om de behandeling aan te passen aan de zorgbehoeftes van de patiënt. Hierdoor zou echter de standaardisatie en meetbaarheid van het onderzoek in het geding kunnen komen. Deze spanning en kloof tussen de alledaagse praktijk en de wetenschap is inmiddels welbekend (Gadke et al., 2021). Deze haalbaarheidsstudie zou er hopelijk aan kunnen bijdragen om deze kloof enigszins te dichten.

## Referenties

- Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., Riemann, B. C., & McKay, D. (2020). Severity benchmarks and contemporary clinical norms for the obsessive-compulsive inventory-revised (OCI-R). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100557>
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2005). Measuring Change in OCD: Sensitivity of the Obsessive- Compulsive Inventory-Revised. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(4), 317–324. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10862-005-2411-y>
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. (M. B. First, Ed.) (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Arrindell, W. A., de Vlaming, I. H., Eisenhardt, B. M., van Berkum, D. E., & Kwee, M. G. T. (2002). Cross-cultural validity of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(3–4), 159–176. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S0005-7916\(02\)00047-2](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S0005-7916(02)00047-2)
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715–740. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S0005-7967\(98\)00173-9](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S0005-7967(98)00173-9)
- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 466–481. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.cbpra.2011.04.006>
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 189–208. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.5127/jep.024211>
- Arntz, A. (2020). A plea for more attention to mental representations. *Journal of Behavior*

Therapy and Experimental Psychiatry, 67.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jbtep.2019.101510>

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., ... & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1191/1478088706qp063oa>

Conklin, L. R., Curren, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021). Homework compliance and quality in cognitive behavioral therapies for anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 52(4), 1008–1018.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.beth.2021.01.001>

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]. *Ongepubliceerde masterthese. Utrecht: Utrecht University*.

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.brat.2014.04.006>

Craske, M. G., Treanor, M., Zbozinek, T. D., & Vervliet, B. (2022). Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach and the OptEx Nexus. *Behaviour Research and Therapy*, 152, 1–15.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.brat.2022.104069>

De la Cruz, L. F., Isomura, K., Lichtenstein, P., Rück, C., & Mataix-Cols, D. (2022).

Morbidity and mortality in obsessive-compulsive disorder: A narrative



review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 136, 1-8.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.neubiorev.2022.104602>

Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270–275.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.comppsy.2005.11.006>

Fink-Lamotte, J., Platter, P., Stierle, C., & Exner, C. (2022). Mechanisms and effectiveness of imagery strategies in reducing disgust in contamination-related obsessive-compulsive disorder: Comparing imagery rescripting, imagery self-compassion and mood-focused imagery. *Cognitive Therapy and Research*, 46(4), 747–763.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10608-021-10275-9>

Fisher, P. L., Cherry, M. G., Stuart, T., Rigby, J. W., & Temple, J. (2020). People with obsessive-compulsive disorder often remain symptomatic following psychological treatment: A clinical significance analysis of manualised psychological interventions. *Journal of Affective Disorders*, 275, 94–108.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jad.2020.06.019>

Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1543–1558.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.brat.2004.11.007>

Flygare, O., Wallert, J., Chen, L.-L., Fernández de la Cruz, L., Lundström, L., Mataix-Cols, D., Rück, C., & Andersson, E. (2023). Empirically defining treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder using the Obsessive-Compulsive Inventory—Revised. *Behavior Therapy*, 54(1), 43–50.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.beth.2022.06.009>

Foa E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 199–207.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>

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(4), 485–496.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/1040-3590.14.4.485>

Gadke, D. L., Kratochwill, T. R., & Gettinger, M. (2021). Incorporating feasibility protocols in intervention research. *Journal of School Psychology*, 84, 1–18.

<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.11.004>

GGZ Standaarden (2017). *Angstklachten en angststoornissen*. Verkregen via:

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/behandeling-en-begeleiding/psychologische-behandeling-per-type-angststoornis/agorafobie>

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research*. (pp. 631–648). American Psychological Association. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/10109-042>

Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.L. & Keijsers, G.P.J. (2017). Protocollaire behandeling van patiënten met obsessieve-compulsieve stoornis – Exposure, responspreventie en cognitieve interventies. In Keijsers,, G.P.J., Van Minnen, A., Verbraak., M.J.P.M.,

- Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (Zesde druk). Boom.
- Korrelboom, C. W., & Broeke, E. ten. (2014). Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk (Tweede, herziene druk). Uitgeverij Coutinho.
- Kuckertz, J. M., Rhee, D. W., Schreck, M., Van Kirk, N., Dattolico, D., & Falkenstein, M. J. (2021). Reevaluating the psychometric properties of symptom measures within longitudinal contexts: The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale and Dimensional Obsessive–Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 33(8), 756–765.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/pas0001017>
- Lee, S. W., & Kwon, J. H. (2013). The efficacy of imagery rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 351–360.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jbtep.2013.03.001>
- Lobo, M. A., Moeyaert, M., Baraldi Cunha, A., & Babik, I. (2017). Single-case design, analysis, and quality assessment for intervention research. *Journal of Neurologic Physical Therapy: JNPT*, 41(3), 187–197.  
<https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000187>
- Maloney, G., Koh, G., Roberts, S., & Pittenger, C. (2019). Imagery rescripting as an adjunct clinical intervention for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 66. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.janxdis.2019.102110>
- Maloney, G., Kelmendi, B., & Pittenger, C. (2022). Imagery Rescripting (ImRs) as an Adjunctive Treatment to Exposure and Response Prevention (ERP)-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/15346501221123797>

- Mancini, A., & Mancini, F. (2018). Rescripting memory, redefining the self: A meta-emotional perspective on the hypothesized mechanism(s) of imagery rescripting. *Frontiers in Psychology, 9*.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.3389/fpsyg.2018.00581>
- Mataix-Cols, D., de la Cruz Lorena Fernández, Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K., & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry, 15*(1), 80–81. <https://doi.org/10.1002/wps.20299>
- Meckling, H.I. (2021). *The feasibility and effectiveness of adding imagery rescripting to exposure therapy with response prevention in OCD: Two cases studies*. [Niet gepubliceerd manuscript] Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Miller, C. B., Gu, J., Henry, A. L., Davis, M. L., Espie, C. A., Stott, R., Heinz, A. J., Bentley, K. H., Goodwin, G. M., Gorman, B. S., Craske, M. G., & Carl, J. R. (2021). Feasibility and efficacy of a digital CBT intervention for symptoms of Generalized Anxiety Disorder: A randomized multiple-baseline study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 70*.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jbtep.2020.101609>
- Morley, S. (2018). *Single-case methods in clinical psychology: a practical guide*. (C. Masterson & C. J. Main, Eds.). Routledge.
- Pajak, R., & Kamboj, S. K. (2014). Experimental single-session imagery rescripting of distressing memories in bowel/bladder-control anxiety: A case series. *Frontiers in Psychiatry, 5*, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00182>
- Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies

published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.cpr.2015.06.003>

Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26(3), 477–486.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/S0033291700035558>

Shibuya, T., Seki, Y., Nagata, S., Murata, T., Hiramatsu, Y., Yamada, F., Yokoo, M., Ibuki, H., Minamitani, N., Tanaka, M., & Shimizu, E. (2018). Imagery rescripting of traumatic memories for panic disorder: An exploratory study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 11.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/S1754470X18000028>

Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2011). Prevalence and clinical characteristics of mental rituals in a longitudinal clinical sample of obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28(10), 892–898. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/da.20869>

Song, Y., Li, D., Zhang, S., Jin, Z., Zhen, Y., SU, Y., ... & Li, X. (2022). The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 114861.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114861>

Speckens, A. E. M., Hackmann, A., Ehlers, A., & Cuthbert, B. (2007). Imagery special issue: Intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 411–422.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jbtep.2007.09.004>

Stavropoulos, A., Brockman, R., Hayes, C., Rogers, K., & Berle, D. (2023). A single case series of imagery rescripting of intrusive autobiographical memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 81, 1–9.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jbtep.2023.101854>

Steel, C., Young, K., Akbar, S., Chessell, Z., Stevens, A., Vann, M., & Arntz, A. (2023). The treatment of PTSD in refugees and asylum seekers using imagery rescripting within an NHS setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *51*(2), 119–132.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/S1352465822000650>

Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(8), 675–684.

[https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/0005-7967\(96\)00036-8](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/0005-7967(96)00036-8)

Storch, E. A., De Nadai, A. S., do Rosário, M. C., Shavitt, R. G., Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., Lewin, A. B., & Fontenelle, L. F. (2015). Defining clinical severity in adults with obsessive–compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *63*, 30–35.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.comppsy.2015.08.007>

Subramaniam, M., Soh, P., Vaingankar, J. A., Picco, L., & Chong, S. A. (2013). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: Impact of the disorder and of treatment. *CNS Drugs*, *27*(5), 367–383. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s40263-013-0056-z>

Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J. A., Walseth, L. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., & Haaland, Å. T. (2019). Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, *19*.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1186/s12888-019-2285-2>

Tenore, K., Basile, B., Cosentino, T., De Sanctis, B., Fadda, S., Femia, G., ... & Mancini, F. (2020). Imagery rescripting on guilt-inducing memories in OCD: a single case series study. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.543806>

Van der Wijngaart, R. (2020). *Imaginaire rescripting: Theorie en praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/978-90-368-2451-4>

- Vannest, K.J., Parker, R.I., Gonen, O., & Adiguzel, T. (2016). Single Case Research: web based calculators for SCR analysis. (Version 2.0) [Web-based application]. College Station, TX: Texas A&M University. Retrieved Saturday 6th May 2023. Available from [singlecaseresearch.org](http://singlecaseresearch.org)
- Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015). Imagery rescripting for obsessive compulsive disorder: A single case experimental design in 12 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49(Part B), 230–236. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jbtep.2015.03.003>
- Wardenaar, K. J., van Veen, T., Giltay, E. J., den Hollander-Gijsman, M., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). The structure and dimensionality of the Inventory of Depressive Symptomatology Self Report (IDS-SR) in patients with depressive disorders and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 146–154. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jad.2009.12.020>

## **Bijlage A**

Imaginatie-interview (uit Speckens et al., 2007)

Neem contact op met dr. W.J.P.J. Van Hout voor deze onderzoeksmaterialen.



**Bijlage B**

Tevredenheidsvragenlijst voor de patiënt

Neem contact op met dr. W.J.P.J. Van Hout voor deze onderzoeksmaterialen.

**Bijlage D**

Interview over acceptatie en haalbaarheid

Neem contact op met dr. W.J.P.J. Van Hout voor deze onderzoeksmaterialen.

**Bijlage E**

## Protocol imaginaire rescripting

Neem contact op met dr. W.J.P.J. Van Hout voor deze onderzoeksmaterialen.

**Bijlage F**

Protocol exposure met responspreventie

Neem contact op met dr. W.J.P.J. Van Hout voor deze onderzoeksmaterialen