



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Motiveringstechnieken bij de ambulante behandeling van dwangstoornissen met behulp van exposure in vivo en responspreventie

Walter Arts, Rudy Severeijns, Else de Haan, Kees Hoogduin en Willem Hoogduin*

Samenvatting

De exposure- en responspreventie-opdrachten bij de behandeling van dwangstoornissen zijn voor een aantal patiënten moeilijk consequent uit te voeren. De therapeut kan hen hierbij helpen met motiverings-technieken en strategieën die het uitvoeren van de opdrachten vergemakkelijken. De mogelijkheden hiervoor worden besproken en geïllustreerd met voorbeelden. Ook worden interventies besproken voor de patiënten die iedere opdracht of zelfs suggestie van de therapeut weigeren. De strategieën zijn gebaseerd op praktijkervaring. Er zijn geen onderzoeksgegevens over de effectiviteit ervan.

Inleiding

Exposure en responspreventie zijn bij de behandeling van een dwangstoornis redelijk effectief. Het succespercentage ligt rond de 75. Vroeger werd de behandeling veelal klinisch uitgevoerd, onder toezicht en begeleiding van hulpverleners en verplegend personeel (Foa, Steketee & Ozarow, 1985; Rachman & Hodgson, 1980; Marks, 1987). Uit onderzoek van de laatste jaren blijkt echter dat ook ambulante uitgevoerde behandelingen effectief zijn (Emmelkamp, 1982; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988). Een programma van exposure in vivo en responspreventie, ambulante uitgevoerd, houdt in dat de patiënt met een dwangstoornis zichzelf, zonder hulp van een aanwezige therapeut systematisch blootstelt aan angstopwekkende situaties en afziet van angstreducerende rituelen. Hoewel de behandeling een geleidelijke opbouw heeft, dient de patiënt vanaf het begin een grote mate van angst te doorstaan. Uit de literatuur ontstaat de indruk dat dit meestal zonder veel problemen verloopt. In de praktijk gaat het in het algemeen met moeilijkheden gapaard. De meeste dwangpatiënten weten eigenlijk wel dat ze moeten stoppen met het uitvoeren van de rituelen. Hun omgeving heeft daar in de meeste gevallen al meerdere malen op aangedrongen. De exposuren

* DRS. W. J. J. M. ARTS is als psycholoog verbonden aan de Psychiatrische Polikliniek van de afdeling Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft en aan de Psychiatrische Polikliniek te Vlaardingen van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft en aan de Psychiatrische Polikliniek te Vlaardingen van het PC Joris NWN.

DRS. J.R.M. SEVEREIJNS werkt als psycholoog op de afdeling Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis.

DRS. E. DE HAAN werkt als psycholoog op de afdeling Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis. DRS. E. DE HAAN is tevens hoofd Psychotherapie.

DR. C. A. L. HOOGDUIN is het hoofd van deze afdeling. Hij is daarnaast hoogleraar Psychopathologie aan de vakgroep Klinische psychologie en Persoonlijheidsleer aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Correspondentieadres: Psychiatrische Polikliniek Delft, Jan Thomeelaan I, 2625 DW Delft.

DRS. W. A. HOOGDUIN werkt als psycholoog op de afdeling Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis.

responspreventie-opdrachten van de therapeut lijken soms bedrieglijk veel op de adviezen die de patiënt al zo vaak heeft gehoord. Er zijn echter grote verschillen: de patiënt is in therapie; er is een therapeutische context met een therapeut die aandachtig luistert, respect toont en hem complimenteert (de zogenaamde non-specifieke factoren); er is een therapieplan, opgesteld naar aanleiding van een functie-analyse; de exposure- en responspreventie-opdrachten worden niet ad hoc gegeven. Toch reageren sommige patiënten op de opdrachten net zoals zij deden op de adviezen uit hun omgeving: zij voeren de opdrachten niet uit. In het onderstaande wordt een aantal interventies en strategieën besproken die specifiek ten doel hebben de patiënt te motiveren en te helpen zich te houden aan het, in gezamenlijk overleg met de therapeut, opgestelde programma van exposure en responspreventie.

Motiveringstechnieken bij het begin van de behandeling

Mensen zijn van nature niet snel geneigd iets te doen wat onplezierig en vervelend wordt gevonden, tenzij ze er overduidelijk het nut van inzien. Patiënten met een dwangstoornis zijn niet anders. De verwachting is dan ook gerechtvaardigd dat deze patiënten pas dan een exposure- en responspreventieprogramma zullen uitvoeren als ze ervan overtuigd zijn dat ze er baat bij zullen vinden. De volgende strategieën zijn in de praktijk van nut gebleken om patiënten zo ver te krijgen dat ze het behandelingsprogramma voor een dwangstoornis, een programma met nogal wat aversieve componenten, gaan uitvoeren.

Uitleg over de klachten

Het duidelijk en uitgebreid bespreken van de sequentie van de dwangstoornis (zie Hoogduin, 1986), toegespitst op de gepresenteerde klachten, zorgt ervoor dat de klachten voor de patiënt duidelijk worden en hij zich begrepen voelt. Dit kan leiden tot een toename van vertrouwen in de therapeut. Op de uitleg dat een dwangstoornis bestaat uit dwanggedachten die angst oproepen en dwanghandelingen die de angst verminderen en aldus de dwangklachten in stand houden, wordt meestal met herkenning en instemming gereageerd.

Uitgaande van de rationale voor de klachten kan de behandelingswijze worden gepresenteerd: exposure in vivo en responspreventie. Deze vorm van behandeling wordt door de meeste patiënten ervaren als logisch voortvloeiend uit de gepresenteerde kijk op de klachten en vergroot de betrokkenheid bij de behandeling.

Bij een patiënte met smetvrees kan uitleg over de klachten en behandelingswijze op de volgende wijze worden gepresenteerd:

‘Mensen met een dwangneurose hebben last van dwanghandelingen of rituelen, bijvoorbeeld handen wassen. Deze dwanghandelingen zijn er niet zomaar, zij hebben een doel. Zij zorgen ervoor dat bepaalde angsten of zorgen verdwijnen of zelfs niet op kunnen treden. U wast uw handen heel veel, niet zomaar, maar omdat u bang bent uzelf en anderen te besmetten. Als u uw handen wast, verdwijnt die angst en voelt u zich opgelucht en rustig. U wordt dus angstig door de gedachte dat u uzelf en anderen kunt besmetten. Om deze angst te verminderen voert

u dwanghandelingen uit en wordt u rustiger. U weet echter dat dit maar van korte duur is. Al snel komt de angst opnieuw opzetten, door iets wat u doet, ziet of hoort of zomaar vanzelf en zijn er wéér dwanghandelingen nodig om deze te laten verdwijnen. Vaak zijn er ook steeds meer dwanghandelingen nodig om de angst te beteugelen. Zo is het ook met u gegaan. In de loop der jaren bent u steeds vaker en steeds langer uw handen gaan wassen om die angst weer kwijt te raken. Dwangrituelen helpen dus wel tegen angsten maar niet voor lange tijd. Uit onderzoek is gebleken dat angst vanzelf kan verdwijnen, als je de angst maar lang genoeg verdraagt. Niemand blijft lange tijd zeer angstig. Mensen kunnen met andere woorden wennen aan situaties, gebeurtenissen of zelfs gedachten, waar zij eerder angstig van werden door er niet voor weg te vluchten maar deze te doorstaan. Zo verdwijnt bij kinderen na verloop van tijd de angst voor water in het zwembad, en is iemand die op de 16de verdieping van een flat woont niet meer bang als hij naar beneden kijkt. In deze behandeling wordt van dit gegeven gebruik gemaakt. Als u stopt met het uitvoeren van uw dwanghandelingen dan zal uw angst geleidelijk afnemen en went u als het ware aan de nare gedachte uzelf of anderen te besmetten. Dit maakt het mogelijk andere activiteiten te gaan doen waardoor de gedachte verder naar de achtergrond gaat en mogelijk zelfs verdwijnt. Als de dwanghandelingen niet meer worden uitgevoerd zal er eerst angst ontstaan. Na verloop van tijd vermindert die angst echter. Wanneer een volgende keer de dwanghandeling weer niet wordt uitgevoerd zal de angst sneller verminderen, totdat er uiteindelijk bijna of helemaal geen angst meer optreedt. Nu is het onmogelijk om in één keer te stoppen met alle dwanghandelingen. De angst zou veel te groot worden. Daarom worden in de behandeling de dwanghandelingen heel langzaam, stapje voor stapje, gestaakt, zodat de spanningen nooit te groot worden en u in staat bent u te houden aan de afspraken die we hierover zullen maken. Daarnaast kunnen u een aantal technieken geleerd worden om de spanningen beter te verdragen.'

Deze uitleg kan, in de vorm van een brochure, aan patiënten worden meegegeven. Tijdens het geven van de uitleg kan het een en ander grafisch worden verduidelijkt.

Ook is het belangrijk patiënten duidelijk te maken dat zij niet de enigen zijn die gebukt gaan onder dit soort klachten. Het, met voorbeelden uit het dagelijkse leven, benadrukken van het feit dat iedereen wel eens last heeft van dwangverschijnselen, sluit hierbij aan. De patiënt is niet 'gek', bij hem is het alleen uit de hand gelopen. Eventuele gevoelens van schaamte kunnen hierdoor gerelativeerd worden. Net zoals krabben bij jeuk leidt tot meer jeuk en soms tot ernstige infecties, kan het eenmaal extra controleren van het gas leiden tot meer controles en uitgroeien tot een controledwang. Er is hierbij sprake van aangeleerd gedrag, dat ook weer afgeleerd kan worden.

Het bieden van een hoopvol perspectief

Het verstrekken van informatie over de prognose kan voor patiënten van grote betekenis zijn. Ten eerste kan worden benadrukt dat exposure en responspreventie de *beste* behandelingswijze is voor dwangklachten. Daarnaast kan worden medegedeeld dat ongeveer 75% van de patiënten baat vindt bij deze vorm van behandeling. Met nadruk kan worden gezegd dat dit een erg hoog percentage is. Op deze manier wordt hoop gecreëerd en het vertrouwen in de behandeling vergroot: de kans is groot dat verbetering optreedt. Bovendien kunnen soms onderzoeksresultaten over predictiefactoren genoemd worden: Patiënten die minder dan twintig jaar klachten

hebben en bij wie de klachten niet zo ernstig zijn hebben een nog veel grotere kans op een goed resultaat (vgl. Hoogduin & Duivendoorn, 1988).

Bij patiënten met zeer ernstige en al lang bestaande klachten is veel optimisme niet op zijn plaats. Dit zou trouwens op ongeloof stuiten. Een realistische doelstelling – minder last van de dwang – zal hen meer vertrouwen in de therapie geven.

Ook het benoemen van de sterke kanten van de patiënt en het gebruik maken van positieve etiketten kunnen ertoe leiden dat de patiënt zijn mogelijkheid om te verbeteren hoger gaat inschatten (vgl. Lange, 1981). Een patiënt met ernstige dwangklachten die toch in staat is een groot bedrijf succesvol te leiden, kan bijvoorbeeld hierop gewezen worden. Zijn inzet, bereidheid tot het nemen van risico's en doorzettingsvermogen zullen hem goed van pas komen bij de hier voorgestelde behandeling.

Het plaatsen van angst in een positieve context

Hoewel patiënten met een dwangstoornis in behandeling komen om hun angst kwijt te raken (en liefst zo snel mogelijk), lijkt de behandeling er in eerste instantie toe te leiden dat ze nog angstiger worden. De behandeling houdt in dat patiënten lange tijd angst moeten tolereren. Door het ervaren van angst te etiketteren als een noodzakelijk en positief teken op weg naar verbetering wordt patiënten de mogelijkheid geboden hun angst anders te zien. Patiënten zullen eerder geneigd zijn de angst te doorstaan als ze het ervaren van angst zien als een noodzakelijke voorwaarde om de dwangklachten te verminderen, als een eerste stap op weg naar 'genezing'.

'Vroeger had u veel angst en waren er klachten die langzaam erger werden; nu heeft u veel angst als gevolg van een behandeling die tot doel heeft dat de klachten minder worden. Door de confrontatie met de angst aan te gaan in plaats van ervoor te vluchten in rituelen krijgt u de gelegenheid op een normale manier met angst en spanning te leren omgaan.'

Bij dit alles kan een patiënt worden verteld dat de strijd niet eindeloos is. Onderzoeken hebben aangetoond dat na verloop van tijd de angst afneemt. Na ongeveer een uur is de angst meestal al sterk verminderd en is het gemakkelijker om niet toe te geven aan de rituelen. Het tekenen van een grafiek met dalende angstcurves kan hierbij verhelderend zijn.

Anticipatie op moeilijkheden en inzinkingen

Een exposure- en responspreventiebehandeling vraagt veel doorzettingsvermogen van de patiënt. Meestal treedt er in de behandeling wel eens een (lichte) terugval op. Het is belangrijk dat patiënten beseffen dat ze een moeilijke en zware tijd tegemoet gaan waarin het soms niet meer dan logisch is dat er een periode komt waarin ze de moed laten zakken. Door patiënten bij voorbaat te wijzen op de mogelijkheid van een inzinking of terugval wordt voorkomen dat patiënten met onrealistische verwachtingen aan de behandeling beginnen en na enkele zittingen of bij een terugval teleurgesteld wegblijven (Hoogduin, 1981).

Om patiënten niet te erg af te schrikken kan hun worden verteld dat de zware tijd die ze tegemoet gaan niet eindeloos duurt. Bij de meeste patiënten is na tien zittingen al duidelijk verbetering opgetreden (Emmelkamp, 1982; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988; Marks, 1987). Ook kan patiënten de mogelijkheid worden geboden in crisissituaties meteen te bellen of frequenter afspraken te hebben. Daarnaast kan hun verteld worden dat zo'n inzinking meestal tijdelijk is. Het vervolgens overwinnen van deze crisis is vaak een belangrijke stap voorwaarts.

De patiënt bepaalt het tempo

Aan patiënten wordt duidelijk gemaakt dat zij de behandeling (en de bijbehorende opdrachten) niet krijgen opgedrongen. Zij gaan weliswaar een zware tijd tegemoet, maar doordat zijzelf de opdrachten uitkiezen kunnen zij bepalen hoe zwaar die tijd zal zijn. De behandeling heeft een stapsgewijze opbouw. Moeilijke opdrachten komen pas ter sprake als gemakkelijkere opdrachten zijn gelukt. Aan de patiënten wordt verteld dat de behandeling weliswaar zwaar is, maar niet zwaarder dan zijzelf aangeven aan te kunnen.

De dwangklachten in een negatief kader plaatsen

Door patiënten voor te houden dat ze de controle over zichzelf kwijt zijn, dat de dwangrituelen hun leven beheersen en hun gedrag bepalen, en door het benadrukken van de negatieve gevolgen van de dwangklachten voor de patiënt zelf en voor zijn omgeving, kan er afstand ontstaan tot de klachten. Door de dwangstoornis te beschrijven als een vijand die het leven van de patiënt beheerst, een leven waar hij weinig meer over te zeggen heeft, kan het verzet tegen de stoornis bij de patiënt groter worden. Ook andere cognitieve herstructureringen kunnen in dit kader worden gebruikt.

Een 34-jarige vrouw met een huishoudwang en een sterk ambivalente houding ten opzichte van haar strenge, veeleisende moeder bleek hiermee te zijn begonnen toen zij nog bij haar ouders woonde. Een verklaring dat elke schoonmaakhandeling eigenlijk aangaf dat ze zich nog steeds liet domineren door haar moeder, leidde ertoe, dat de dwangklachten afnamen (zie ook Kromhout, 1981).

Registratie van de dwangklachten

Het is belangrijk patiënten vanaf de eerste zitting de frequentie en/of de duur van de belangrijkste dwangklacht(en) te laten bijhouden. Door gedrag nauwkeurig te observeren verandert er iets aan dat gedrag. Meestal nemen de klachten iets af (Nelson, 1977). Hoewel dit effect over het algemeen tijdelijk is, bevestigt het wel de verwachting dat verandering mogelijk is. Patiënten worden zich daarnaast bewust van de ernst van de klachten en de tijd die ze ermee bezig zijn, hetgeen een extra stimulans kan zijn er iets aan te doen.

De door de zelfregistratie verkregen gegevens kunnen worden uitgezet in een grafiek. Het zien van een verbetering in de grafiek zal de patiënt verder motiveren door te gaan

met oefenen; een stagnatie kan hem aansporen tot een grotere inzet. Ook kunnen aan oefeningen punten worden toegekend (hoe meer punten, hoe moeilijker de opdracht), wat wederom een grafische weergave mogelijk maakt. Per week kan worden afgesproken meer punten te behalen. Door op deze manier haalbare doelen op korte termijn te realiseren kan de inzet van de patiënt soms vergroot worden. Voor een goede registratie is het van belang dat patiënten het nut ervan inzien. Een verklaring voor de noodzaak tot registreren kan zijn dat het voor de therapeut maar ook voor de patiënt een duidelijke maat is voor het verloop van de behandeling.

Soms vinden patiënten het registreren van hun klachten erg belastend. Wanneer een patiënt zeer veel dwanghandelingen heeft is het beter de registratie (in tijd) te beperken, bijvoorbeeld driemaal daags een halfuur ('time-sampling'). Het meegeven van speciale registratielijsten en/of hulpmiddelen, zoals een golfteller of een schaakklok, kan het registreren vergemakkelijken (zie Hoogduin, 1986).

Motiveringstechnieken gedurende de behandeling

Patiënten kunnen gemotiveerd zijn voor de behandeling, zich graag willen inzetten, akkoord gaan met de exposure- en responspreventieopdrachten en toch de grootste moeite hebben om zich aan die opdrachten te houden. Vaak dreigt de angst te groot te worden; de rationale voor de klachten en de behandelingswijze wordt vergeten evenals de aanmoedigingen van de therapeut. De patiënt staat er alleen voor en kan niet de kracht vinden bijvoorbeeld zijn handen niet te wassen, het gas niet te controleren, de partner niet om geruststelling te vragen. Om patiënten in deze eenzame strijd te helpen, om ze te motiveren in deze moeilijke situatie de rituelen toch niet uit te voeren, zijn een aantal extra interventies ontwikkeld. Deze worden hieronder beschreven.

Stimuluscontrole

Soms zijn patiënten zo bang voor de angst die een oefening zou kunnen opleveren dat zij deze maar blijven uitstellen. De afspraak, gemaakt in de veiligheid van de therapiekamer, blijkt in de praktijk een stuk moeilijker dan verwacht en wordt zoveel mogelijk terzijde geschoven. Door met patiënten vaste tijden en/of plaatsen af te spreken waarop of waar ze oefenen wordt de kans kleiner dat zij een opdracht niet uitvoeren wegens 'tijdgebrek' of 'vergeetachtigheid'. Ook het opschrijven van oefeningen op kaartjes (die mee naar huis genomen worden) of het meegeven van registratieformulieren kan helpen.

Een man met cognitieve rituelen kon zijn dwangmatig piekeren moeilijk onder controle krijgen. Er werd afgesproken dat hij elke vraag die bij hem opkwam, in zijn studeerkamer zou 'uitdenken' en dat hij de tijd die hij hier doorbracht zou registreren. Hierdoor was het makkelijker om afspraken te maken over een maximaal toegestane tijd om te piekeren. Bovendien werd patiënt zich veel bewuster van zijn dwangklachten.

De therapeut kan ook worden ingeschakeld.

Een vrouw met de angst dat haar huis vuil zou worden kwam er maar niet toe de was buiten op te hangen, ondanks afspraken hierover. Nadat een tijdstip was bepaald waarop ze dit zou gaan proberen bood de therapeut aan haar op die tijd te bellen om haar aan de opdracht te herinneren en haar aan te moedigen. Dit gebeurde één keer. De keren daarop had patiënte deze 'herinnering' niet meer nodig.

S–R–interventies

Het onderbreken van de keten 'dwanggedachten–angst–dwanghandelingen–door door een andere activiteit kan ertoe leiden dat de dwanghandelingen niet worden uitgevoerd. Met patiënten kan worden afgesproken welke activiteit zij gaan uitvoeren als de neiging om toe te geven aan een ritueel zeer sterk wordt. Het is van belang dat deze activiteit de aandacht van het probleem afleidt. Voorbeelden zijn uittreksels maken van een moeilijk (studie) boek, bij iemand op bezoek gaan en een eindje gaan wandelen of fietsen. Is de angst erg groot dan kan, voordat de angst te hoog wordt, een ontspanningsoefening worden gedaan. Meestal is het echter beter de aandacht af te leiden door het verrichten van een zware lichamelijke inspanning zoals hardlopen of het doen van huishoudelijk werk, bijvoorbeeld het schoonmaken van keukenkastjes.

Het is hierbij belangrijk om gebruik te maken van wat de patiënt aanspreekt. Het is niet alleen noodzakelijk dat de patiënt het belang van de interventies inziet en begrijpt, het moet ook zo zijn dat de activiteiten die hij dient te verrichten in enige mate zinvol voor hem zijn. Zo is bij iemand die zich intellectueel nog verder wil ontwikkelen het maken van een uittreksel van een studieboek meer geschikt als S–R–interventie dan een kwartier hardlopen.

Vooraf bij patiënten met smetvrees zijn S–R–interventies vaak moeilijk uitvoerbaar. Een patiënt met de angst besmet te raken met ziekmakende bacteriën durft vaak niet af te zien van het handen wassen nadat hij buitenshuis is geweest, omdat dan alles wat wordt aangeraakt, wordt besmet. Een moeilijk boek lezen voor het handen wassen kan niet, omdat het boek dan vol bacteriën komt te zitten en schoongemaakt of weggegooid moet worden. Soortgelijke problemen zijn er met hardlopen, huishoudelijk werk en dergelijke. Om deze patiënten ertoe te brengen de rituelen niet meer uit te voeren kan aan hen worden gevraagd hun rituelen eerst uit te stellen en te wachten met het handen wassen tot de angst sterk is verminderd. Als tijdsspanne kan dan bijvoorbeeld een uur worden genomen. Patiënten brengen deze tijd meestal staand of zittend door, er angstvallig op lettend dat ze niets aanraken. Doordat na verloop van tijd de angst zakt neemt de kans toe dat de patiënt uiteindelijk toch de rituelen niet uitvoert. Het is ook mogelijk dat de patiënt besluit toch maar iets te gaan doen in de tijd dat hij zijn handen niet mag wassen. Verveling of het idee dat de tijd nuttiger kan worden besteed kan leiden tot het toch maar lezen van de krant of het inschenken van thee, waardoor er een eerste verandering plaatsvindt.

Consequenties/het te-veel-te-weinig-principe

Om patiënten extra te stimuleren zich te houden aan de gemaakte afspraken of als stimulus–respons interventies niet het gewenste effect opleveren, kunnen consequenties

gekoppeld worden aan het zich niet houden aan een opdracht. Het overschrijden van een in gezamenlijk overleg afgesproken aantal maal handen wassen of controleren of het overschrijden van de maximale poetstijd dient bijvoorbeeld gevolgd te worden door een halfuur hardlopen, een uur Engelse woordjes leren of het uitschrijven van een cheque voor een goed doel.

Vervelende of nutteloze straffen kunnen ertoe leiden dat patiënten de behandeling voortijdig beëindigen. Patiënten zullen zich eerder aan de gemaakte afspraken houden als het hier zinvolle en nuttige activiteiten betreft. Het verrichten van zinvolle handelingen in aansluiting op het zich niet houden aan exposure- en responspreventieopdrachten wordt ook wel het te-veel-en-te-weinig-principe genoemd (Hoogduin, 1981). Dit houdt in dat wat een patiënt teveel doet aan dwanghandelingen (een groter dan overeengekomen aantal dwangrituelen) moet worden gecompenseerd door iets nuttigs wat de patiënt veel te weinig doet of waar hij door zijn dwang niet meer aan toekomt. Omdat vaak de partner of het gezin van de dwangpatiënt erg lijdt onder de dwangklachten, kan het ook een activiteit zijn waar de partner of het gezin van de patiënt plezier aan beleeft: Een patiënte met een wasdwang bakte als zij teveel tijd bezig was geweest met haar rituelen voor haar partner een taart. Andere voorbeelden zijn lekker koken voor het gezin, een spelletje doen met de kinderen of ze voorlezen of met de partner uit eten gaan of een andere sociale activiteit ondernemen. Maar ook meer tijd voor persoonlijke hygiëne en verzorging, studeren en sporten zijn activiteiten die in dit kader te plaatsen zijn.

Ook bij toepassing van het te-veel-en-te-weinig-principe wordt ongewenst gedrag bestraft. Het voordeel van deze methode is dat naast bestraffing van ongewenst gedrag gewenst gedrag wordt uitgebreid. In dit kader is de patiënt altijd goed bezig. Of hij overwint zijn dwang omdat hij zich houdt aan de exposure- en responspreventie-opdrachten, of hij zet zich in voor vooruitgang op andere gebieden.

Het is ook mogelijk een niet gelukte opdracht te laten volgen door een andere opdracht. Dit dient dan wel een oefening te zijn die de patiënt altijd kan uitvoeren. De patiënt moet de volgende zitting niet kunnen opmerken: 'en dat kon ik ook niet'. Door de patiënt een aantal opdrachten mee te geven waar hij uit kan kiezen als hij niet voldoet aan de oorspronkelijke opdracht – opdrachten die betrekking hebben op een ander probleem en relatief weinig angst opleveren – kan dit gevaar bezworen worden.

Met een man met controlerituelen en een dwangmatig strakke dagindeling werd een maximaal aantal controles per dag afgesproken. Bij overschrijding hiervan zou hij de volgende dag een geplande activiteit niet uitvoeren, bijvoorbeeld in bad gaan. Andere mogelijkheden waren die dag niet in de tuin werken of de administratie bijhouden. Het mislukken van een opdracht op het ene probleemgebied werd gekoppeld aan een nieuwe opdracht op een ander (samenhangend) probleemgebied.

De therapeut zelf kan ook als negatieve consequentie worden gebruikt. De afspraak dat een patiënt de therapeut belt als een opdracht niet lukt, kan zodanig belastend zijn voor de patiënt dat met extra inzet wordt gewerkt aan de oefeningen.

Een onderwijzeres met de angst de kinderen van haar klas te besmetten met een of ander virus, durfde haar huis niet te verlaten voordat zij zich had gedoucht en haar huis had gesopt. Het lukte haar maar niet om een aantal dagen achter elkaar haar autosleutels, deurknoppen en kranen niet schoon te maken, voor het verlaten van het huis. Met haar werd afgesproken dat zij ogenblikkelijk de therapeut zou bellen als zij haar sleutels enz. wilde gaan wassen. Hierop lukte het haar zich aan de opdracht te houden. De therapeut werd niet gebeld.

Ook positieve consequenties zijn mogelijk: Hoogduin (1981) beschrijft een vrouw die haar huis grondig schoonmaakte met behulp van vele bussen poetspray. Een van de afspraken die hij met haar maakte, was dat ze de tegenwaarde in geld van iedere spuitbus die ze minder gebruikte naar eigen goeddunken mocht besteden.

Inschakelen van de omgeving

Hoewel het voor het eindresultaat van de behandeling niet uitmaakt of de partner erbij wordt ingeschakeld, voorzover uit onderzoek bekend (Emmelkamp, De Haan & Hoogduin, 1990), kan het in individuele gevallen zeker zinvol zijn. Dit kan natuurlijk alleen met de expliciete instemming van de patiënt. De partner kan als co-therapeut worden ingeschakeld:

De echtgenoot van een vrouw met allerlei dwanggedachten werd gevraagd om steeds wanneer zij in piekeren verviel, haar daarop attent te maken en eventueel hard 'stop' te roepen om zo de sequentie te verstoren (vgl. ook Vogel, Peterson & Broverman, 1982). Als ze bleef piekeren zou hij haar naar een kamer sturen waar ze de gedachten tot in de uiterste consequenties zou moeten 'uitdenken' (Hoogduin, 1986).

Partners kunnen ook ingeschakeld worden als tijdelijke hulp bij de opdrachten. Natuurlijk heeft dit alleen zin als de patiënt dit ook ziet als een tussenstap, als een hulpmiddel om uiteindelijk een dwangritueel op te geven.

Een vrouw met een wasdwang kreeg de opdracht een pak melk in de koelkast te zetten zonder het eerst af te wassen. Toen bleek dat zij dat niet kon, werd haar partner gevraagd dit te doen. Patiënte kon op deze manier eraan wennen dat er een pak melk ongewassen in de koelkast stond, zonder dat zij de (te) moeilijke eerste stap hoefde te doen. Later was ze in staat zelf de pakken melk zonder ze te wassen op te bergen.

Vaak zijn bij patiënten met een jarenlang bestaande dwangstoornis de verhoudingen in de relatie zodanig verstoord dat het moeite kost de partner bij de behandeling te betrekken. Deze is vaak sceptisch over het slagen van de behandeling: hij heeft immers al jaren geprobeerd de patiënt te helpen de dwangstoornis te overwinnen door bijvoorbeeld haar te verbieden dwangrituelen uit te voeren, controles over te nemen of zichzelf bij het betreden van het huis om te kleden (al dan niet gedwongen door de patiënt). Zeker als de partner vele rituelen van de patiënt heeft overgenomen, kan zijn medewerking aan de behandeling nodig zijn. Om de conflicten die er omtrent de dwang zijn ontstaan wat te verminderen en ruimte te scheppen voor verandering, kan het positief etiketteren van deze inspanningen belangrijk zijn. De partner beschrijven als een vechter die zich tot nu toe heeft ingezet voor de relatie en het welzijn van de

patiënt, alleen nog niet op een goede manier (door het ontbreken van een specifieke deskundigheid over de dwangstoornis) kan hem motiveren zich in te zetten voor de behandeling. Ook het gedrag van de patiënt kan op deze wijze in een positief kader worden geplaatst.

Soms kan ook het sterk negatief benoemen van het gedrag van de patiënt op zijn plaats zijn.

Een vrouw met een huishouddwang dwong haar partner ertoe zich aan haar regels te houden door ermee te dreigen zichzelf van de trap te gooien of met haar hoofd tegen de muur te slaan. Nadat dit gedrag was gelabeld als gedrag dat patiënten in een psychiatrische inrichting wel eens vertonen en een verblijf aldaar in sterk negatieve bewoordingen was geschilderd, kwam het niet meer voor en verloor het dreigement zijn waarde. Hierdoor kon haar partner geleidelijk aan stoppen met het uitvoeren van rituelen en kon patiënte leren hiermee om te gaan.

Een andere mogelijkheid om de partner betrokken te houden bij de behandeling, is te beginnen met oefeningen die de partner zoveel mogelijk ontlasten.

Een vrouw met talloze controle-rituelen en een uitgebreid vermijdingsgedrag had in de loop der jaren haar man zo ver gekregen dat deze vele taken van haar overnam. Vaak leidde dit bij de partner tot irritaties. Zo had hij er bijvoorbeeld een grote hekel aan dat hij altijd geld moest halen. Zijn vrouw durfde dit niet, uit angst dat zij uren bezig zou zijn met het tellen van het geld. Deze situatie werd besproken en er werd een oefening van gemaakt wat zowel patiënte maar vooral haar man aansprak.

Als schuld en zonde een grote rol spelen, kan een dominee, priester of andere geestelijke bij de behandeling worden ingeschakeld.

Een sterk religieuze man, die dacht bij elk voorwerp dat hij aanraakte een geslachtsdeel van God in zijn handen te hebben, waarna hij diende te bidden en zichzelf te reinigen, durfde pas een gedeelte van deze rituelen op te geven na een gesprek met de dominee. Het gesprek verminderde zijn angst om door God te worden gestraft met een ernstige, dodelijke ziekte.

Veranderen van de cognities

De meeste patiënten ervaren hun dwanggedachten als zinloos en irreëel. Toch blijft er bij een groot aantal van hen een zekere twijfel bestaan. Insel en Akisal (1986) deden onderzoek naar de mate van weerstand tegen de dwangrituelen en inzicht in de nutteloosheid ervan. De meeste patiënten zeiden overtuigd te zijn van de zinloosheid van hun obsessies, maar waren daarvan minder overtuigd, toen hun werd gevraagd wat er zou gebeuren als het ritueel niet zou worden uitgevoerd. De meeste patiënten zijn toch bang dat als ze het gas niet extra controleren er brand zou kunnen ontstaan, dat er toch ziekmakende bacteriën het huis zouden binnenkomen als het raam open wordt gezet, dat hun kind misschien toch een speld inslikt zodra er even niet wordt opgelet. Door de mate van (ir)realiteit van de dwanggedachten uitgebreid te despreken, door denkfouten en niet-logische gevolgtrekkingen op te sporen kan de patiënt zijn

angsten in een reëler perspectief plaatsen. Door de patiënt rationele gedachten te laten verwoorden na het kritisch bekijken van zijn irrationele gedachten, neemt de kans toe dat hij de responspreventie-opdrachten durft uit te voeren.

Een vrouw was erg bang jaren geleden bij een gynaecologisch onderzoek AIDS te hebben opgelopen. Ze stelde per dag vele vragen ter geruststelling aan haar man. Ook belde ze bij voortduring de huisarts en andere medische instanties op. Dit verminderde haar angsten niet. Ook de negatieve uitslag van een AIDS-test stelde haar niet gerust. Hoewel ze zich realiseerde hoe onzinnig haar angst was, bleef ze twijfelen of ze AIDS zou hebben opgelopen en was ze bang dat ze haar kinderen zou besmetten. Met cognitieve technieken werd het bewijs voor deze keten van gedachten kritisch bekeken en werden rationele responsen gegeneerd. Doordat de mate van geloof in een besmetting hierdoor afnam, was patiënte in staat geleidelijk aan te stoppen met het zoeken naar geruststelling. Door haar verantwoordelijkheidsgevoel in een meet reëel kader te plaatsen namen haar angst- en schuldgevoelens verder af, waardoor ze in staat was zich te houden aan de overige opdrachten.

Bij een behandeling bestaande uit exposure in vivo en responspreventie stelt de patiënt zich, middels oefeningen en opdrachten, herhaaldelijk bloot aan angstopwekkende stimuli, zodat uitdoving van de angst kan plaatsvinden. Elementen uit de cognitieve therapie kunnen worden gebruikt om patiënten te motiveren zich te begeven in deze angstopwekkende situaties en de angst die hierbij optreedt te doorstaan. Een behandeling van een dwangstoornis met behulp van cognitieve therapie verschilt hiervan wezenlijk. Het uitgangspunt hier is het veranderen van dieperliggende cognitieve structuren, door het kritisch bekijken van de cognities die met angsten en andere emoties samenhangen, waardoor patiënten uit zichzelf stoppen met het uitvoeren van rituelen. Eventueel kan een gedragsexperiment gedaan worden om de nieuwe inzichten te toetsen aan de werkelijkheid. De patiënt kan hierbij een zekere mate van angst ondervinden, maar dit is niet noodzakelijk. Met exposure- en/of responspreventie-opdrachten wordt niet gewerkt (Arntz, 1991).

Voor verdere voorbeelden en een uitgebreide beschrijving van cognitieve strategieën bij de behandeling van een dwangstoornis, zie Salkovskis (1985), Salkovskis & Warwick (1985), Salkovskis & Kirk (1989) en van Oppen & Emmelkamp (1991).

Specifieke motiveringstechnieken voor ‘moeilijke’ patiënten

De hierboven beschreven strategieën leiden niet altijd tot het gewenste effect. Er zijn patiënten die de neiging hebben in te gaan tegen alles wat de therapeut inbrengt, die twijfelen aan elk gegeven advies. Sommige patiënten staan zo sceptisch ten opzichte van de behandeling, mogelijk als gevolg van teleurstellende ervaringen gedurende vele jaren hulpverlening, dat ze een sterk afwachtende houding aannemen. Anderen laten doorschemeren de voorgestelde behandeling banaal te vinden en voeren geen opdrachten uit. Weer anderen doen het wel erg kalm aan. Elke sessie geven zij aan met grote moeite slechts een kleine nieuwe opdracht erbij te kunnen hebben. Bij een aantal patiënten werkt het geven van uitleg, het creëren van hoop en het positief etiketteren van angst niet motiverend genoeg. Ze zien het nut van allerlei S-R-interventies en consequenties niet in en doen er ook geen moeite voor. De therapeut kan druk uitoefenen en benadrukken dat de patiënt het moet proberen, meestal zonder succes.

Het resultaat is een stagnerende behandeling. Om patiënten in beweging te krijgen en ze te motiveren toch een opdracht uit te voeren zijn andere technieken nodig zoals meegaan met de twijfels, de scepsis, misschien wel de weerstand van de patiënt (Lange, 1977; Van Dyck, 1980).

Uitdaagtechnieken

Wanneer de behandeling traag verloopt en de patiënt zich er niet volledig voor lijkt in te zetten, kan geprobeerd worden hem uit te dagen. De therapeut kan de patiënt vertellen dat het bij de meeste dwangpatiënten lang duurt voor ze hun klachten hebben overwonnen. Hij kan zeggen dat de patiënt hierop een uitzondering leek te zijn. Zijn doorzettingsvermogen, vechtlust en kijk op het leven hadden de verwachting gewekt dat hij sneller dan de gemiddelde patiënt zijn klachten zou overwinnen. Maar dat dat helaas niet zo blijkt te zijn. Toch jammer! Met name bij trotse, zich zelfverzekerd voordoende patiënten is de kans groot dat deze interventie succes heeft.

Ook patiënten die zichzelf anders dan anderen vinden, die zichzelf als bijzonder en uniek zien, zullen zich aangesproken voelen. Het zijn vaak deze patiënten die de behandeling te gewoon en te simpel vinden en zich matig ervoor inzetten. Deze patiënten zullen willen bewijzen dat ze inderdaad beter of anders zijn dan de gemiddelde dwangpatiënt, door een moeilijke opdracht te kiezen en zich daaraan te houden.

Een andere uitdaagtechniek is het 'onderbieden'. De therapeut kan de patiënt afraden een opdracht aan te nemen omdat het waarschijnlijk nog teveel gevraagd is. Hoewel het een belangrijke stap op weg naar verbetering zou zijn, is de patiënt er nog niet aan toe. De opdracht is nog te veeleisend. Ook hier zullen trotse patiënten met een hoge mate van eigenwaarde proberen aan te tonen dat de therapeut ze onderschat. In afgezwakte vorm houdt deze techniek in dat de therapeut aangeeft dat de gekozen opdracht moeilijk is en zich afvraagt of het niet te zwaar is. De therapeut maakt aannemelijk dat het een uitdaging is te gaan oefenen (Van der Velden & Van Dyck, 1977; Lange, 1985).

Bij patiënten die de therapeut en de behandeling bij voortduring diskwalificeren kan de therapeut, na enig behaald succes, opmerken dat er al veel is bereikt in zo'n korte tijd en dat het verstandig is even gas terug te nemen. De therapeut kan benadrukken dat de patiënt heeft aangetoond te kunnen vechten tegen problemen en een doorzetter is, maar dat, om een inzinking te voorkomen, het zinvol is om de bereikte resultaten even te laten inwerken. Door het benoemen van de positieve eigenschappen van patiënt en het tegelijkertijd hem tegenwerken om deze te bewijzen, kan bereikt worden dat patiënten zich extra inzetten.

Een hierbij aansluitende techniek is het aanbieden van een belachelijk makkelijke oefening.

Een man met een uitgebreid wasritueel dat 's ochtends gemiddeld meer dan drie uur in beslag nam en die na vele ambulante behandelingen en een klinische opname weinig vertrouwen meer had in zichzelf en in nog een behandeling, werd gevraagd dit ritueel één ochtend met één minuut te verkorten om te bekijken of er enige mate van controle mogelijk was. De

yolgende zitting bleek dat hij het ritueel met gemiddeld achttien minuten had verkort. Was de opdracht geweest het ritueel met achttien minuten te verminderen dan was deze patiënt mogelijk de strijd niet aangegaan of had het opgegeven na enkele dagen vechten onder grote druk.

De (schijnbare) keuze

Patiënten die na een uitvoerige uitleg over de behandeling nog geen gemotiveerde indruk maken, kan een keuze voorgelegd worden. De therapeut kan een relatief korte, maar wel pijnlijke behandeling aanbieden of een langdurige maar wel minder pijnlijke behandeling. Maakt de patiënt een keuze dan verplicht hij zich in zekere mate om zich voor de gekozen behandeling in te zetten. Kiest hij de korte behandeling dan kan de therapeut stevige druk uitoefenen moeilijke opdrachten te kiezen, kiest hij de lange weg dan kunnen zeer kleine opdrachten gegeven worden, totdat de patiënt zelf besluit dat het sneller moet (Lange, 1985).

Bij patiënten die moeite hebben een moeilijkere opdracht aan te nemen of die dreigen te blijven steken bij de makkelijke oefeningen, kunnen twee min of meer gelijkwaardige opdrachten worden aangeboden met de vraag aan de patiënt één van beide te kiezen. Dat het ook mogelijk is geen oefening te kiezen, wordt niet vermeld (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1970). Ook hier impliceert een keuze dat een patiënt zich vastlegt op een oefening; een oefening die hij zelf heeft gekozen waardoor hij sterker gemotiveerd zal zijn de oefening uit te voeren dan wanneer de therapeut hem deze had opgedrongen. Het idee dat de patiënt het therapieverloop bepaalt, blijft zo gehandhaafd.

Dit kan ook worden bereikt met onderhandelen. De therapeut stelt een erg moeilijke opdracht voor, de patiënt protesteert en stelt een makkelijkere opdracht voor. Vervolgens kan hierover worden onderhandeld totdat de patiënt dié opdracht aanvaardt, die de therapeut eigenlijk in gedachten had. De therapeut geeft zich gewonnen, de patiënt is tevreden.

Een opdracht als experiment

Een opdracht kan aan een patiënt worden verkocht als een manier om informatie te verzamelen of als een experiment. Deze strategie kan zinvol zijn in het begin van de behandeling, maar ook indien de therapie in een latere fase dreigt te stagneren. Het is ook een nuttige strategie bij patiënten die überhaupt geen opdracht aannemen. Het woord opdracht wordt niet genoemd; het gaat om een experiment waar gegevens worden verzameld voor de verdere behandeling. Hierbij wordt aan patiënten ook de mogelijkheid geboden de angst anders te zien. In plaats van iets wat ze overkomt kunnen ze angst nu zien als iets wat geanalyseerd moet worden, waardoor er een zekere afstand tot die angst ontstaat (Van Dyck, 1974). Patiënten kunnen hierdoor in staat zijn een voorheen niet uitvoerbare exposure- of responspreventie-opdracht te volbrengen.

De Horror-techniek, het aanbieden van iets onaangenaams

Bij patiënten die zich aan geen enkele afspraak houden en waarbij allerlei interventies en motiveringstechnieken niets hebben opgeleverd, kan het uitvoeren van een grote druk – als laatste mogelijkheid – soms zinvol zijn. Aan patiënten kan een werkelijkheid worden voorgespiegeld die als buitengewoon onaangenaam wordt ervaren, terwijl tegelijkertijd de mogelijkheid wordt geboden, namelijk door het opvolgen van de behandelrichtlijnen, om het uitkomen van die werkelijkheid te voorkomen. De therapeut kan bijvoorbeeld, zodra blijkt dat de patiënt zijn opdrachten niet heeft gedaan, de zitting afbreken en de patiënt naar huis sturen om het nog eens te proberen. Er valt immers niets te bespreken. De mogelijkheid bestaat dat de patiënt dan toch gaat oefenen, om te voorkomen dat hij de volgende keer weer na enkele minuten buiten staat. Ook kan worden afgesproken dat de patiënt de zitting afbelt, als hij niet heeft geoefend en een nieuwe afspraak maakt.

Het ter sprake brengen van medicatie kan ook soms een stagnerende behandeling weer op gang brengen. Met de patiënt kan worden besproken dat, gezien de geringe vooruitgang tot op heden, medicatie als laatste hulpmiddel resteert. De kans dat het helpt, is weliswaar niet zo groot en er zijn vele bijwerkingen aan verbonden (lees het rijtje voor), maar er is helaas niets anders mogelijk. Vooral bij patiënten met een grote weerzin tegen het innemen van medicijnen is dit vaak voldoende om ze tot oefenen te brengen. Gebeurt dit niet, dan kan worden begonnen met de patiënt in te stellen op medicijnen. Gezien de resultaten die worden behaald met clomipramine en fluvoxamine ter ondersteuning van een behandeling met exposure in vivo en responspreventie kan dit bij deze patiënten nog zinvol zijn ook (Jenike et al., 1989; Perse et al., 1987; Price et al., 1987). Hetzelfde geldt voor het bespreken van een opname, waarbij een verblijf op klinische afdeling met al zijn minder positieve kanten kan worden geschetst (Hoogduin & Van den Bosch, 1980).

Het spreekt vanzelf dat deze strategieën niet moeten worden gebruikt bij patiënten die niet oefenen ten gevolge van een te grote angst. Bij hen kan medicatie of opname soms nog de enige mogelijkheid zijn om te verbeteren. Deze patiënten dienen hiervoor, indien nodig, gemotiveerd te worden en niet te worden afgeschrikt.

Een laatste middel wat de therapeut heeft als ook bovenstaande interventies schouderophalend worden afgewimpeld is aan te sturen op het beëindigen van de behandeling (de 'portefeuillekwestie') en dit ook daadwerkelijk te doen als de patiënt de afspraken niet nakomt. De patiënt kan dan, eventueel, worden doorverwezen naar een ander soort behandeling of naar een ander instituut.

Slot

In dit artikel zijn niet alleen motiveringstechnieken besproken. Ook zijn strategieën beschreven die gewoonlijk bij de behandelingstechnieken te vinden zijn. Het onderscheid tussen beide is niet altijd duidelijk te maken. De strategieën zijn beschreven omdat zij het uitvoeren van de opdrachten kunnen vergemakkelijken en op die manier de patiënt kunnen motiveren de moeilijke behandeling vol te houden.

De opsomming van technieken beoogt niet uitpuittend te zijn. Het is zeker niet zo dat het stapsgewijs toepassen van alle hierboven beschreven strategieën onverbiddeijk gemotiveerde patiënten zal opleveren. Ten overvloede mag nogmaals worden opgemerkt dat elke patiënt een ander (dwang)probleem heeft, dat vraagt om een voor die patiënt specifieke combinatie van strategieën.

Het gebruik van deze technieken en interventies is vanzelfsprekend niet beperkt tot dwangpatiënten. Ze zijn van belang bij elke behandeling waarbij met oefeningen en opdrachten wordt gewerkt.

In dit artikel werd ervan uitgegaan dat een gebrek aan motivatie bij de patiënt een probleem is van de therapeut. Het is in eerste instantie de taak van de therapeut de patiënt zo ver te krijgen dat hij de afspraken nakomt. Dat is moeilijk en levert angst op. Het is niet meer dan normaal dat patiënten hiervoor terugschrikken en dat de therapeut probeert hen hierbij te helpen. Een niet succesvolle behandeling afdoen met 'de patiënt was niet gemotiveerd' is wat al te makkelijk. Ook begrippen als 'weerstand' en 'ziektewinst' worden in dit kader misbruikt.

Op een aantal vaardigheden van de therapeut waarmee hij de patiënt kan motiveren voor behandeling is niet ingegaan. De patiënt vriendelijk, respectvol en hoffelijk bejegenen, aandachtig luisteren naar wat de patiënt vertelt, goed samenvatten en gericht en kundig doorvragen, zijn noodzakelijke vaardigheden voor elke therapie. Een patiënt die het idee heeft dat er niet naar hem wordt geluisterd, dat zijn klachten niet serieus genomen worden en zich niet met respect behandeld voelt, zal niet snel geneigd zijn allerlei oefeningen te doen die hem nog angstiger maken dan hij al is. Door ook deze therapeutische basisvaardigheden te beïnvloeden kunnen patiënten sterker gemotiveerd raken voor een behandeling. Zie hiervoor Schaap & Hoogduin, (1988). Daarnaast zullen de meeste patiënten sterker geloven in een heilzaam effect van de behandeling en eerder geneigd zijn de adviezen van de therapeut op te volgen als deze ervaring en gezag uitstraalt. Door de hier boven genoemde vaardigheden tentoon te spreiden, door met kennis te spreken over de klachten en over de (gevaaren van de) behandeling is dit te beïnvloeden.

Het motiveren van patiënten kan bijdragen tot een meer succesvol behandelingsresultaat. Hoogduin (1986) vond een significant verschil in motivatie, gemeten bij aanvang van de behandeling, tussen patiënten die baat hadden bij de behandeling en patiënten die geen baat hadden bij de behandeling.

De hier beschreven strategieën zijn tot stand gekomen op grond van ervaringen opgedaan bij de behandeling van enige honderden patiënten met een dwangstoornis. Over het effect van de beschreven motiveringstechnieken ontbreekt tot op heden elk gecontroleerd onderzoek.

Abstract

Exposure and response prevention programs are not always easily carried out by patients with a obsessive-compulsive disorder. The therapist can help them in this by motivational techniques and strategies to comply more easily with the program. In this article a number of that kind of strategies are described and illustrated by case examples. Also for the so called

difficult patients who never comply with the therapy program, interventions are discussed. Research is needed to establish the effectiveness of these interventions.

Referenties

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve therapie*, 11, 252–268.
- Dyck, R. van (1974). Persoonlijke communicatie.
- Dyck, R. van (1980). Over paradoxen. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie II*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and Obsessive–Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E. & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive–compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 55–60.
- Foa, E. B., Steketee, G. S. & Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive–compulsives: from therapy to treatment. In: M. Mavissakalian, S. M. Turner, & L. Michelsen (Eds.), *Obsessive–Compulsive Disorder: Psychological and Pharmacological Treatment*. New York: Plenum Press.
- Hoogduin, C. A. L. (1981). Zelfcontrole en dwang. *Kwartaaltijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1, 41–56.
- Hoogduin, C. A. L. (1986). *De Ambulante Behandeling van Dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C. A. L. & van den Bosch, R. (1980). Het vermijden van opname. Over het oplossen van crisissituaties zonder opname in een psychiatrisch ziekenhuis. In: K. van der Velden (ed.), *Directieve Therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C. A. L. & Duivenvoorden, H. (1988). A decision model in the treatment of obsessive–compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 152, 516–521.
- Insel, T. R. & Akisal, H. S. (1986). Obsessive–compulsive disorder with psychotic features: a phenomenological analysis. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1572–1577.
- Jenike, M. A., Baer, L., Summergrad, P., Weilburg, J. B., Holland, A. & Seymour, R. (1989). Obsessive–compulsive disorder: a double, placebocontrolled trial of Clomipramine in 27 patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1328–1330.
- Kromhout, J. (1981). Een dwang behandeld met heretiketteren. *Kwartaaltijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1, 317–323.
- Lange, A. (1981). Het motiveren van cliënten in directieve (gezins–) therapie. *Kwartaaltijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1, 57–74.
- Lange, A. (1976). Judo, of te wel het niet trekken aan cliënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 179–194.
- Lange, A. (1985). *Gedragsveranderingen in Gezinnen*. Groningen: Wolters–Noordhoff.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- Nelson, R. O. (1977). Assessment and therapeutic functions of selfmonitoring. In: M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (eds.), *Progress in Behaviour Modification*. Vol. 5. New York: Academic Press.
- Perse, T., Greist, J., Jefferson, J., Rosenfeld, R. & Reuven, D. (1987). Fluvoxamine–treatment of obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1543–1548.
- Price, L., Goodman, W., Charney, D., Rasmussen, S. & Heninger, G. (1987). Treatment of severe obsessive–compulsive disorder with Fluvoxamine. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1059–1061.
- Rachman, S. & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional–compulsive problems: a cognitive–behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive therapy of obsessive–compulsive disorder: treating treatment failures. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 243–255.
- Salkovskis, P. M. & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In: K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.

- Schaap, C. & Hoogduin, C. A. L. (1988). The therapeutic relationship in behaviour therapy: Enchancing the quality of the bond. In: P. M. G. Emmelkamp (ed.), *Advances in Theory and Practice in Behaviour Therapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van der Velden, K., & van Dijk, R. (1977). Motiveringstechnieken. In: K. van der Velden (ed.), *Directieve Therapie I*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vogel, W., Peterson, L. E. & Broverman, J. K. (1982). A modification of Rachman's habituation technique for treatment of the obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapie*, 20, 101-104.
- Watlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1970). *De Pragmatische Aspecten van de Menselijke Communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.