



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

De avonturen van mevrouw Helderder¹

Ed Berretty*

Samenvatting

Geïnspireerd door een experiment van Hoogduin en Van Duivenvoorden (1985), worden dertig patiënten lijdend aan een obsessief compulsieve stoornis behandeld met gedragstherapie (blootstelling en responspreventie) als eerste deel en farmacotherapie (indien nog nodig). Bij een IDB-score van honderd of minder en een klachtenduur van hoogstens twintig jaar (n=14), leidt gedragstherapie tot een verbetering bij 86 procent; gecombineerde therapie is succesvol bij 93 procent. Hier lijkt medicatie dus nauwelijks noodzakelijk te zijn. Bij ernstiger gevallen (n=16) leidt gedragstherapie tot een verbetering bij 50 procent van de patiënten. Dit percentage stijgt tot 69 procent wanneer medicatie wordt toegevoegd. De resultaten zijn in overeenstemming met de bevindingen van Hoogduin en Van Duivenvoorden.

‘Die mevrouw Helderder zal nog eens alles doodspuiten wat leeft hier in de buurt. Ze is altijd bezig met de spuitbus, tenminste als ze niet staat te boenen of te veegen. Té schoon, weet je. En té netjes. ’t Is haar nooit helder genoeg, het moet altijd helderder.’ (...) Mevrouw Helderder was juist bezig de vloeren te wrijven. Ze had Aagje zo lang boven op een kast gezet. ‘Wilt U even op de dweil gaan staan, dokter? Ik geef het zeil een beurtje, begrijpt U? U moet denken... met een kind over de vloer wordt het altijd gauwer vuil’ (Annie M.G. Schmidt, 1971, p. 9 en 53).

Inleiding

Ze had haar spuitbus gehaald. Hoog boven de kikkerpoel danste één grote bij in de lucht. ‘Lelijkerd!’ riep mevrouw Helderder. ‘Wacht maar, ik zál je!’ Ze deed drie grote stappen naar voren, maar plóns! Daar lag ze in de poel. Kopje onder. Vies water spatte naar alle kanten. Snuivend en spugend wurmde zij zich terug op de wal. Ze draafde door het park, helemaal groen en druipend. Ze leek op een grote groene natte kikvors. Ze liet grote groenige voetstappen achter op de mooie marmeren vloer. ‘Hoe is het mogelijk,’ zeiden de dames. ‘Anders is ze zo keurig! Een hele plas op de vloer’ (Schmidt, 1971, p. 89–90).

Regelmatig melden zich lotgenoten van mevrouw Helderder voor behandeling aan. Zij kunnen, zo is inmiddels bij herhaling vastgesteld, baat vinden bij ambulante gedragstherapie gebaseerd op blootstelling en responspreventie (Dar & Greist, 1992; Hoogduin, 1986). Ook mevrouw Helderder ondergaat deze procedure. Ze wordt door Annie M.G. Schmidt getraceerd op uitgebreide blootstelling aan vele vormen van viezigheid. Het is een heel eind lopen terug naar haar flat, en al die tijd kan zij zich niet wassen.

* DRS. E.W. BERRETTY, psycholoog, is coördinator van de sectie gedragstherapie van de OEP van RIAGG Rotterdam-Zuid e.o. Werkadres: Carnissensingel 51, 3083 JA Rotterdam.

Naast gedragstherapie blijkt ook farmacotherapie effectief, met name de cyclische antidepressiva, die selectief de heropname van serotonine remmen, zoals clomipramine, fluvoxamine en fluoxetine. In een overzichtsartikel schat Jenike (1992) dat met deze middelen 30 tot 60 procent vermindering van klachten mogelijk is. Nadelen zijn de soms hinderlijke bijwerkingen en de grote kans op terugval na het staken van de therapie (Pato et al., 1988). Bij een OEP (organisatorische eenheid psychotherapie binnen een Riagg) zal de belangstelling in de eerste plaats uitgaan naar psychotherapie, en niet direct naar farmacotherapie (De Haan, 1992). De sectie gedragstherapie van de OEP van Riagg Rotterdam–Zuid heeft gezocht naar een combinatie van beide benaderingen, waarbij gedragstherapie in eerste instantie de voorkeur had. Zij volgde hierbij het predictiemodel voor de behandeling van dwangneurose, zoals in dit tijdschrift beschreven door Hoogduin en Van Duivenvoorden (1985).

Volgens dit model wordt de patiënt tien zittingen gedragstherapie aangeboden. Een eventuele partner wordt actief bij de therapie betrokken. De auteurs hebben onderzocht wat de resultaten hiervan zijn bij zestig dwangpatiënten, met een aanvangsscore op de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden, verder genaamd IDB (Kraaimaat & Van Dam–Baggen, 1976), van ten minste 67. (In hun onderzoek meldt zich overigens maar één dwangpatiënte aan met een lagere uitslag op de IDB.) De IDB is een zelfbeoordelingslijst met 32 uitspraken over obsessief–compulsief gedrag. Proefpersonen moeten op een vijfpuntsschaal (nooit–zelden–vaak–zeer vaak) antwoord geven. Wanneer de aanvangsscore op de IDB niet hoger is dan honderd, en de klachtenduur niet meer dan twintig jaar, blijkt deze aanpak in alle gevallen tot een klachtenreductie van ten minste 30 procent te leiden. Bij ernstiger problematiek wordt bij 65 procent van de patiënten succes geboekt. De kern van het predictiemodel is mijns inziens, dat de auteurs alleen voor deze tweede categorie de mogelijkheid van medicatie openhouden. Ze stellen voor om de uiteindelijke keuze te laten afhangen van de scores op vragenlijsten over depressie en angst.

Binnen de OEP van Riagg Rotterdam–Zuid is sinds het begin van 1988 een vergelijkbaar, zij het vanwege praktische beperkingen iets vereenvoudigd, beleid gevolgd. De dwangpatiënt krijgt gedragstherapie, met als kern blootstelling en responspreventie, aangeboden. De blootstelling bestaat, afhankelijk van de aard van de dwang, uit confrontatie met vermeende bronnen van besmetting (bij reinigingsrituelen, zoals bij mevrouw Helderder), wanorde (bij controledwang) of onlust veroorzakende obsessionele gedachten, beelden of impulsen (bij dwanggedachten). Aanvankelijk gebeurt dit zoveel mogelijk onder controle van de therapeut tijdens de therapiezitting.

Later wordt de patiënt aangemoedigd in de eigen omgeving (thuis en/of op het werk) te oefenen (Berretty, 1992). De mate van de beoogde vermindering van klachten (30% of 50%) wordt in overleg met de patiënt vastgesteld, en gemeten op basis van registratie van de klachten door de patiënt. Betrokkenheid van de eventuele partner wordt sterk aangemoedigd, maar niet verplicht gesteld. Een dwingende voorwaarde is dat de patiënt er vooraf mee instemt dat, wanneer na ongeveer tien zittingen bij de behandelaar de indruk bestaat dat een klachtenreductie met 30 procent op deze wijze onhaalbaar is, de gedragstherapie gecombineerd wordt met farmacotherapie. Bij ernstiger gevallen wordt er op voorhand op gewezen dat hier rekening mee moet worden gehouden. Ook mevrouw Helderder blijkt het trouwens niet zonder hasselbramenjam te kunnen stellen.

‘Ik heb net het hele huis schoongemaakt. Ik heb alle muren gewit.’ Meneer Pen gluurde langs haar heen naar de keuken. ‘Bramenjam?’ vroeg hij. ‘Vierenvijftig potten’ zei mevrouw Helderder. ‘Die kon je zo plukken.’ (...) Daar stond Aagje. ‘Kom allemaal binnen. Dan kunnen jullie helpen tekenen.’ Ze volgden Aagje naar de zitkamer. En daar stond mevrouw Helderder te tekenen op de pas-gewitte muren. ‘Het komt door die bramen...,’ zei meneer Pen. ‘Die hasselbramen. Het zijn speelbramen, zodra je er van eet, wil je spelen in plaats van werken’ (Schmidt, 1971, p. 135 en 140).

Omdat de patiënten meestal een klachtenvermindering van 50 procent prefereren boven een vermindering van 30 procent duurt het contact in het geheel langer dan tien zittingen. Er is geen vooraf vastgesteld maximum aan de contactduur. Zolang er sprake is van vooruitgang is voortzetting mogelijk. Vaak vragen de behandelingen 25 à 30 contacten. Hieronder wordt een impressie gegeven van ervaringen die wij opdeden van januari 1988 tot en met eind juli 1993.

Resultaten

In dit tijdsbestek werden 45 dwangpatiënten bij onze OEP aangemeld. Bij 11 gevallen is de behandeling nog gaande of nog maar net afgesloten. Bij de overige 34 is de therapie wat betreft de dwang ten minste een halfjaar geleden afgesloten. In enkele gevallen (aangegeven met een *) is er nog contact voor anderssoortige problematiek, zoals sociaal isolement. Een viertal patiënten kreeg gedragstherapie terwijl de medicatie die door de verwijzer was voorgeschreven, werd voortgezet.

Van de 34 patiënten zijn in het volgende overzicht de belangrijkste gegevens opgenomen: rangordnummer, sekse, IDB (bij aanmelding), betrokkenheid van de partner bij de behandeling (met ‘+ P?’ wordt aangegeven of er wel of niet sprake is van een partner, en met ‘P mee?’ of de eventuele partner wel of niet meedoet), succes gedragstherapie en succes medicatie. Het rangordnummer loopt op naarmate de ernst toeneemt.

Het eerste vijftal heeft een aanvangsscore op de IDB beneden de 67. Het volgende negental overschrijdt wel deze grens, maar komt niet boven de honderd uit, en heeft een klachtenduur van maximaal twintig jaar. Daarna volgen zestien patiënten met op de IDB een uitslag boven de honderd, en/of een klachtenduur van meer dan twintig jaar. Onder de nummers 31 t/m 34 zijn voor de volledigheid de gevallen opgenomen waarbij de eerder voorgeschreven medicatie gehandhaafd is. De score op de IDB bij nameting staat niet vermeld, omdat deze vragenlijst, net als bij Hoogduin en Van Duiven-voorden, gebruikt is als predictor, en niet als maat voor succes. Het aantal zittingen is evenmin aangegeven vanwege het verschil in beoogde mate van klachtenreductie en de mogelijkheid van toevoeging van een fase van farmacotherapie. Zesmaal werd gekozen voor 30 procent klachtenvermindering; in de overige (succesvol afgesloten) behandelingen werd voor 50 procent gekozen. Bovendien hebben zesmaal extra contacten plaatsgevonden om de farmacotherapie te begeleiden. Na dit overzicht (zie tabel 1

Tabel I Overzicht.

<i>Patiënten eerst behandeld met gedragstherapie</i>						
nummer	sekse	IDB	+ P?	P mee?	succes GT	succes medicatie erbij
01	v	63	ja	nee	-50%	n.v.t.
02	m	63	ja	ja	-50%	n.v.t.
03	v	63	ja	nee	-50%	n.v.t.
04	m	64	ja	ja	-50%	n.v.t.
05	v	65	ja	nee	-50%	n.v.t.
06	m	67	ja	nee	-50%	n.v.t.
07*	v	72	ja	nee	-30%	n.v.t.
08	v	75	ja	nee	-50%	n.v.t.
09	m	80	nee	n.v.t.	haakt af	n.v.t.
10	v	83	nee	n.v.t.	-50%	n.v.t.
11	v	83	ja	ja	-50%	n.v.t.
12	v	89	ja	ja	psychose	fluvoxamine: -50%
13	m	91	ja	ja	-50%	n.v.t.
14	v	95	nee	n.v.t.	-50%	n.v.t.
15	m	70	ja	nee	-30%	n.v.t.
16	m	74	ja	nee	-30%	n.v.t.
17	m	82	nee	n.v.t.	-50%	n.v.t.
18	v	96	ja	ja	nihil	clomipramine en fluoxetine: nihil
19	v	101	nee	n.v.t.	nihil	doorverwezen naar afd. psychiatrie
20	m	106	nee	n.v.t.	psychose	doorverwezen naar kliniek
21	v	107	nee	n.v.t.	haakt af	n.v.t.
22*	v	107	ja	ja	-50%	n.v.t.
23*	m	112	ja	ja	-30%	n.v.t.
24*	v	113	ja	nee	0,1	clomipramine: -50%
25*	v	115	ja	ja	-30%	clomipramine: -50%
26	v	116	ja	nee	-30%	n.v.t.
27	m	123	ja	ja	-50%	n.v.t.
28	m	127	ja	nee	nihil	clomipramine: -50%;
29	v	134	ja	ja	nihil	fluoxetine: -30%
30	m	135	ja	nee	vroegtijdig	doorverwezen naar kliniek
<i>Patiënten eerst behandeld met medicatie</i>						
nummer	sekse	IDB	+ P?	P mee?	succes medicatie	nut GT erbij
31	v	61	ja	ja	clomipramine: <-30%	-30%
32	m	103	nee	n.v.t.	fluvoxamine: <-30%	-30%
33	v	107	ja	nee	fluvoxamine: nihil	nihil
34	v	115	ja	ja	clomipramine: -30%	-50%

) volgt enige toelichting om de patiënten die om andere redenen nog in behandeling zijn, en bij de patiënten wier behandeling mislukte. Daarna wordt de algemene indruk vergeleken met de resultaten van het onderzoek van Hoogduin en Van Duivenvoorden.

Een vijftal patiënten (7, 22 t/m 25) is met een afnemende frequentie nog in behandeling, vooral vanwege een tekort van assertiviteit. Een tweetal patiënten met een klachtenduur

van ongeveer veertig jaar ziet zich bovendien voor de opgave gesteld om een nieuw sociaal netwerk op te bouwen.

Bij een drietal patiënten (9, 21 en 30) wordt de behandeling na minder dan tien zittingen afgebroken, zonder dat iets bereikt is. De twee eerstgenoemden haken uit eigen beweging af. De ene slaagt er niet in om op tijd voor zijn afspraken te komen en voert de opdrachten niet uit. Bij de andere staat de zogenaamde persoonlijkheidsproblematiek – volgens classificatie op de DSM-III-R een persoonlijkheidsstoornis NAO met borderline-kenmerken – een normaal verloop in de weg. Patiënt 30 wordt al gauw doorverwezen naar een kliniek voor gedragstherapie. Het gaat om een depressieve man van middelbare leeftijd, getrouwd met een Afrikaanse vluchteling, die alleen haar moedertaal spreekt en drie kinderen meenam.

Bij een viertal patiënten (18, 19, 28 en 29) heeft gedragstherapie geen invloed op het klachtenniveau. Driemaal (bij 12, 20 en 24) gaat gedragstherapie gepaard met een toename van klachten. In één geval is dit in lichte mate het geval. Een tweetal andere patiënten wordt psychotisch. Patiënte 12 lijdt vanaf de geboorte van haar dochter aan de obsessie dat ze deze, of anderen die haar lief zijn, ongewild kwaad toewenst en berokkent. Voortdurend is ze bang verkeerd begrepen te worden. Ze belt de therapeut meermalen terug om iets recht te zetten, waardoor ze zich steeds verder in de nesten werkt. Met grote inzet poogt ze van deze vormen van geruststelling af te zien. Tijdens een vakantie raakt ze in de war. Ze wordt succesvol behandeld met achtereenvolgens een neurolepticum en fluvoxamine. Patiënt 20, lijdend aan controlerituelen, wordt vanwege een stagnerende gedragstherapie door twee, niet bij de behandeling betrokken psychiaters onderzocht. Hun oordeel luidt, onafhankelijk van elkaar, dat het om een geremde, neurotische jongeman gaat. Er ontwikkelt zich een katatoon beeld en psychiatrische opname is onafwendbaar. Bij patiënt 28, ten slotte, is er een gedeeltelijke terugval als hij impulsief de clomipramine staakt.

Bij de vergelijking van deze bevindingen met de resultaten bij het onderzoek van Hoogduin en Van Duivenvoorden (verder aangegeven met H/D) worden, anders dan bij de laatstgenoemden, ook de dwangpatiënten meegerekend bij wie de uitslag op de IDB beneden de 67 ligt. Het blijkt dat twintig patiënten (67%; H/D: 77%) dankzij gedragstherapie een klachtenreductie van tenminste 30 procent bereiken. Veertien patiënten (47%) komen zelfs tot een klachtenvermindering van meer dan 50 procent. In overeenstemming met de bevindingen van H/D tekent zich ook hier een demarcatielijn af rondom een IDB-score van 100 en een klachtenduur van twintig jaar. Daaronder is bij twaalf van de veertien patiënten (86%; H/D: 100%) sprake van 30 procent klachtenreductie. Naast iemand die afhaakt vanwege onvoldoende medewerking, doet zich in deze categorie alleen de atypisch verlopende therapie bij patiënte 12 voor. Boven deze blijkbaar kritische grens beperkt het succes van gedragstherapie zich tot acht van de zestien gevallen (50%; H/D: 65%). Het contact wordt tweemaal voortijdig afgebroken en de gedragstherapie mislukt zesmaal. Concluderend: onze bevindingen komen overeen met die van H/D.

Bij vijf patiënten, bij wie gedragstherapie tot minder dan 30 procent klachtenreductie leidde, werd een cyclisch antidepressivum voorgeschreven, wat bij vier van hen succes opleverde. Bij deze combinatie hadden uiteindelijk 24 patiënten (80%) baat. Bij de relatief lichte gevallen stijgt het succespercentage zo van 86 procent naar 93 procent; bij de ernstiger gevallen zelfs van 50 procent naar 69 procent. Bij deze laatste categorie

was er een zesde patiënte, die alsnog medicatie kreeg. Bij haar leidde dit tot een verdere verbetering van -30 procent tot -50 procent.

Een drietal globale indrukken verdient nog kort vermelding. De gemiddelde score op de IDB is, wanneer ten minste tien zittingen volbracht worden, bij nameting gedaald van 91 naar 69. Betrokkenheid van de partner bij de behandeling lijkt alleen bij de ernstiger gevallen een, overigens geringe, bijdrage te leveren aan de kans op verbetering. En ten slotte, bij de ernstiger dwangproblematiek duurt het, gemeten in aantal therapiezittingen, gemiddeld ongeveer anderhalf maal zo lang als bij de lichtere pathologie om een zelfde mate van klachtenreductie (hetzij 30%, hetzij 50%) te bewerkstelligen.

Discussie

Daar kwam mevrouw Helderder aanhollen, hijgend en puffend. Ze gaf Pluk een schilderij dat ze zelf had gemaakt. Want gelukkig was mevrouw Helderder blijven tekenen en blijven spelen (Schmidt, 1971, p. 167).

In grote lijnen is de gevolgde procedure – een enigszins vereenvoudigde toepassing van het predictiemodel voor de behandeling van dwangneurose, ontworpen door Hoogduin en Van Duivenvoorden – in de praktijk goed bevallen. Weliswaar vallen de succespercentages van gedragstherapie over de hele linie wat lager uit, maar het is interessant dat bevestigd wordt dat bij problematiek die niet uitkomt boven de grenslijn van een aanvangsscore op de IDB van 100 en een klachtenduur van twintig jaar, vooraf vrijwel gegarandeerd kan worden dat de dwangpathologie bewerkbaar is met ambulante gedragstherapie, gebaseerd op blootstelling en responspreventie, voor zover althans de patiënt hieraan voldoende kan en wil meewerken. Boven deze grens ligt het ingewikkelder. Dan lijkt de combinatie met cyclische antidepressiva belangrijke mogelijkheden te gaan bieden.

Abstract

Inspired by an experiment by Hoogduin and Van Duivenvoorden (1985), 30 patients suffering from obsessive compulsive disorder are treated with a combination of behavior therapy (exposure and response prevention) as the first part and pharmacotherapy as the second part, if still found necessary. With an IDB-score of 100 or less and a duration of complaints of 20 years or less (n=14), behavior therapy leads to an (at least 30%) improvement for 86%, while combination therapy is successful for 93%. Thus, here medication seems hardly necessary. In more severe cases (n=16) behavior therapy leads to improvement for 50%. This figure rises to a more satisfying 69% when supplemented with medication. The results fit in with those of Hoogduin and Van Duivenvoorden.

Noot

- 1 Het medicamenteuze deel van de behandelingen is hoofdzakelijk verzorgd door mevr. D. B. Engels, psychiater.

Referenties

- Berretty, E. W. (1992). Dwang, een (niet meer zo) verborgen lijden. Over de ontwikkeling van de gedragstherapeutische behandeling van dwang in de laatste vijftientig jaar. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 18, 172–186.
- Dar, R. & Greist, J. H. (1992). Behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Psychiatric clinics of North America*, 15, 885–894.
- Haan, E. de (1992). Onderzoek in de praktijk, lust of last? *Dth*, 12, 189–199.
- Hoogduin, K. & Duivenvoorden, H. van (1985). Een beslissingsmodel bij de behandeling van dwangneurose. *Dth*, 5, 342–356.
- Hoogduin, C. A. L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: van Loghum Slaterus.
- Jenike, M. A. (1992). Pharmacologic treatment of obsessive compulsive disorders. *Psychiatric clinics of North America*, 15, 895–919.
- Kraaimaat, F. W. & Dam-Baggen, C. M. J. van (1976). Ontwikkeling van een zelfbeoordelingslijst voor obsessief–compulsief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 31, 201–211.
- Pato, M. T., Zohar–Kaduch, R., Zohar, J. & Murphy, D. L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of psychiatry*, 145, 1521–1525.
- Schmidt, A. M. G. (1971). *Pluk van de Petteflet*. Amsterdam: Em. Querido's Uitgeverij.