



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Ervaringen met de ambulante behandeling van gecompliceerde patiënten met een dwangneurose

Wilma Peters, Kees Hoogduin, Marc Verbraak, Cas Schaap en Gerda Methorst\*

---

## Samenvatting

*Patiënten met een dwangneurose worden nogal eens uit wanhoop klinisch behandeld. In dit artikel worden drie casus beschreven van dergelijke patiënten die ambulante behandeling hebben gekregen. Twee van deze drie patiënten waren bijna klachtenvrij na 60–80 (soms dubbele) zittingen over een periode van ongeveer twee jaar. De derde patiënt vertoonde een significante verbetering in een vergelijkbare periode. Beschreven worden de kenmerken van dergelijke behandelingen en de noodzakelijke therapeutische maatregelen met name in de relationele en motiverende sfeer als in de sfeer van de combinatie van psychofarmaca met psychologische interventies.*

## Inleiding

In dit artikel wordt de behandeling beschreven van drie patiënten met een zeer ernstige obsessief–compulsieve stoornis (OCS) die hun tijd met weinig anders vullen dan cognitieve rituelen en/of dwanghandelingen en bovendien nog andere klachten hebben. In de praktijk wordt in deze gevallen vaak uit wanhoop overgegaan tot intramurale behandeling. Dit heeft ten minste één nadeel. De omgeving kan moeilijk bij de behandeling worden betrokken. Dwanggedrag is vaak aan stimuli in de omgeving gebonden. Deze ontbreken meestal in de kliniek. Kort na opname verdwijnen de OCS-symptomen dan ook vaak, om na een tijdje, en zeker na ontslag, in volle hevigheid terug te keren (Hoogduin & De Haan, 1979).

Dit artikel bevat voorbeelden van de ambulante behandelingsmogelijkheden voor deze ‘moeilijke’ dwangpatiënten. Het belangrijkste bestanddeel van de behandeling is de cognitieve gedragstherapie. In de tweede plaats dient het voorschrijven van antidepressieve medicatie genoemd te worden. De effectiviteit van beide behandelingsstrategieën werd eerder in gecontroleerd onderzoek vastgesteld (Van Balkom, Van Oppen, Vermeulen, Van Dyck, Nauta & Vorst, 1994). Hiernaast kan het in veel gevallen geen kwaad patiënten te trainen in sociale vaardigheden. Veel

---

\* DRS. W. PETERS is als assistent klinisch psycholoog werkzaam in de Praktijk Hoogduin Schaap & Kladler te Nijmegen en de Angstpolikliniek van het Psychiatrisch centrum Nijmegen; DR. C.A.L. HOOGDUIN is als hoogleraar psychopathologie verbonden aan de Vakgroep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de Katholieke universiteit Nijmegen; DRS. M. VERBRAAK is plaatsvervangend hoofd van de Angstpolikliniek van het Psychiatrisch centrum Nijmegen; DR. C. SCHAAP is als universitair hoofddocent verbonden aan de Vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de Katholieke universiteit Nijmegen. Hij is tevens hoofd Patiëntenzorg van het Ambulatorium psychologie Nijmegen en hoofd van HSK–Nijmegen; DR. G. METHORST is hoofd van de Angstpolikliniek van het psychiatrisch centrum Nijmegen en van HSK–Vlaardingen. Dit artikel is een bewerking van een lezing gehouden op de Najaarsconferentie van de Vereniging voor Gedragstherapie in november 1995 te Veldhoven.

OCS-patiënten kregen vrijwel geen gelegenheid zich hierin te bekwamen door de tijd die nodig was voor dwanghandelingen en –gedachten (Emmelkamp, 1982). Tot slot wordt uitvoerig ingegaan op de motiveringstechnieken waarvan het succes van deze behandelingen voor een groot deel afhankelijk lijkt te zijn (Schaap, Bennun, Schindler & Hoogduin, 1993). Voor de behandeling in haar geheel is doorzettingsvermogen vereist, niet alleen van de patiënt en zijn omgeving, maar ook van de behandelaar.

### ***OCS bij een patiënt met algehele doofheid***

---

*Paul (28) werd kort na zijn geboorte doof. Vanwege deze handicap verbleef hij van zijn derde tot zijn zeventiende jaar in een doveninstituut. Sindsdien woont hij thuis bij zijn ouders. Zijn drie broers en zussen studeren en wonen op kamers. Na zijn opleiding op het doveninstituut doorliep hij de laatste twee jaren van het VWO en koos daarna voor een universitaire studie. In die periode kreeg hij voor het eerst last van dwanghandelingen. Bepaalde gedeelten van de studiestof moesten zo vaak herlezen worden dat hij zijn werk niet afkreeg. De studie moest hierdoor worden afgebroken. Er werden pogingen gedaan een juiste opleiding voor hem te vinden, maar de zich almaar uitbreidende dwanghandelingen verhinderden succes. Op het moment van aanmelding is er in feite geen activiteit in zijn leven die niet met dwangrituelen gepaard gaat. Al bij wakker worden en opstaan moeten tijdrovende rituelen in de persoonlijke hygiëne afgewerkt worden (alleen al voor de beschrijving van het tandenpoetsen heeft hij twee dichtbeschreven A4-tjes nodig). Een voor de ouders bijzonder hinderlijke dwanghandeling is dat hij thuis geen deur in of uit kan gaan zonder dat op dat moment iemand deze kamer passeert. Dit levert vooral bij de toiletgang grote problemen op. Dit betekent bijvoorbeeld dat hij niet alleen thuis kan zijn. Als hij lange tijd moet wachten voor hij een kamer kan verlaten raakt hij in paniek en begint luid te schreeuwen.*

*Paul heeft de angst dat hij een ernstige lichamelijke ziekte zal krijgen of 'gek' zal worden als hij zijn dwanghandelingen niet uitvoert. Verder moet Paul, steeds als hij ergens op de fiets naar toe gaat, onderweg stoppen om in de berm naar (delen van) obscene blaadjes te zoeken om deze, als hij ze mocht vinden, thuis in de vuilnisbak te kunnen gooien. Dit zoeken gebeurt zo minutieus dat het soms uren in beslag neemt. De dwang deze blaadjes te verwijderen is ontstaan uit de gedachte dat, mocht hij ze de volgende dag toevallig zien liggen in de berm, bij hem de drang zou kunnen ontstaan later in de dag te masturberen. Deze drang wil hij voorkomen. Door dit alles heeft hij, toch al gehandicapt door zijn doofheid, nog grotere problemen met sociale contacten gekregen.*

### ***Een patiënt die door zijn dwangneurose vrijwel geheel geïnvalideerd is***

---

*Pascal (19) woont bij zijn ouders en zijn twee jaar jongere zus. Op twaalfjarige leeftijd ontwikkelt hij dwanghandelingen. Het centrale thema van zijn dwang is het voorkomen van onheil dat door hem geliefde personen zou kunnen overkomen. Hij doet dit door herhalingen, controles en rituelen rond alle dagelijkse handelingen. Op dertienjarige leeftijd hebben de OCS-klachten al zulke ernstige vormen aangenomen dat hij van school af moet. Een jaar later kan hij vrijwel geen enkele activiteit meer ondernemen. Ook eten, drinken en praten gaan hem moeilijk af door de begeleidende rituelen. Na een niet succesvolle gezinstherapie waarbij aan de dwang geen expliciete aandacht was besteed volgt een jarenlange opname in een kinderpsychiatrisch instituut.*

*Op het moment dat Pascal zich aanmeldt voor behandeling, is hij nauwelijks verbeterd. Vrijwel iedere dagelijkse handeling is met tijdrovende dwanghandelingen en rituelen omgeven. Bij veel dagelijkse activiteiten heeft hij zijn ouders ingeschakeld: bijvoorbeeld bij aan- en uitkleden en wanneer hij op een stoel wil plaatsnemen. Tweemaal heeft hij een poging gedaan betaald werk te verrichten, onder meer de krant rondbrengen. Na korte tijd moest hij stoppen door uitgebreid dwanggedrag.*

### **Een patiënt met een ernstige dwangneurose en het syndroom van Asperger**

*Piet is bij aanmelding 24 jaar. Hij woont met zijn jongere broer, die eerder als autistisch werd gediagnosticeerd, bij zijn vader thuis. Twee oudere broers zijn sinds lange tijd gehuwd. Over hen worden geen bijzonderheden gemeld. Moeder is zes jaar eerder overleden en heeft Piet laten beloven goed voor zijn broer te zorgen. In het gezin speelt geloof een grote rol, de kinderen zijn opgevoed met een intens besef van 'God ziet alles'. De lagere school heeft Piet zonder haperen doorlopen, al had hij vaak angst om naar school te gaan. Als Piet naar de middelbare school gaat, blijkt dit al snel te bedreigend en blijft hij thuis. In die tijd, vertelt hij, is voor het eerst de obsessie rond het moeten plegen van zelfmoord ontstaan. Hij voelde zich erg depressief en herinnert zich dat hij, kijkend naar een stopcontact, dacht 'als ik daar mijn vingers in steek is het afgelopen'. Voor de streng gelovige jongen was deze 'intrusieve' gedachte schrikbarend en aanleiding tot het ontwikkelen van neutraliserende gedachten. Toen hij vervolgens geconfronteerd werd met een paar suicides in zijn omgeving, kwam deze obsessie tot volle bloei.*

*Vanaf z'n vijftiende volgt Piet gitaarlessen en volgt een deeltijd-mavo, steeds één vak tegelijkertijd. Als hij achttien is, sterft zijn moeder. Piet neemt haar rol in het huishouden op zich en voelt zich gedwongen goed voor zijn broer te zorgen. Bij aanmelding volgt Piet nog steeds de deeltijd-mavo-opleiding; hij heeft daar inmiddels een aantal certificaten behaald. Zijn broer heeft dwangmatig gedrag, zoals past bij autisten, verzorgt zich slecht en heeft enige jaren eerder een ernstige zelfmoordpoging gedaan. Het gezin heeft vrijwel voortdurend een of andere behandeling gehad.*

*Piet kan niet beslissen (van de vraag welke kleding hij zal dragen tot de keuze welk blad papier hij zal gebruiken om te schrijven). Vrijwel alle dagelijkse handelingen worden begeleid door rituelen en herhalingen. Hij heeft angstwekkende obsessies over het geloof: 'Bestaat God, en zo ja, bestaat de duivel?', 'Kan er een duivel in mij komen?'. Hij lijdt aan de obsessie dat hij weleens suicide zou kunnen plegen. Hij vraagt zich op obsessieve wijze af of hij homoseksueel zou kunnen zijn. Hij meet enige malen per dag zijn hartslag, is er bijna van overtuigd een ernstige ziekte te hebben (dan de ene en dan de andere) en heeft (daardoor) regelmatig een paniekaanval.*

*Op grond van deze symptomen wordt de diagnose OCS gesteld. Een tweede As I-diagnose is het Syndroom van Asperger. Deze is gebaseerd op de volgende gegevens. Tijdens de intakegesprekken valt op dat Piet slecht oogcontact maakt en dat hij zich nauwelijks niet-verbaal uit. Op de sociale en emotionele toenaderingen van de onderzoeker wordt amper gereageerd. Hij heeft nog nooit contacten met leeftijdgenoten gehad. Hij lijkt volledig op zichzelf gericht te zijn en geen emoties of interesses met andere mensen te delen. Zijn aandacht is steeds, gedurende lange aaneengesloten tijdsperioden volledig in beslag genomen geweest door eenzelfde activiteit. Voorbeelden zijn het gitaarspelen, waar hij zich enige jaren vrijwel uitsluitend op richtte, en daarna de studie aan de deeltijd-mavo. Voorts valt op dat hij met regelmaat een handbeweging maakt alsof hij iets weggooit. Gelet op de ernstige klachten en*

*de voorgeschiedenis wordt gekozen voor een cognitieve gedragstherapie in combinatie met 150 mg Anafranil per dag.*

## **Behandeling**

Voor het welslagen van een cognitieve gedragstherapie kan het aanpassen van deze behandeling aan de individuele patiënt van belang zijn. Bij dit soort ernstige patiënten kan het noodzakelijk zijn ook aan andere dan cognitieve problemen en rituelen aandacht te besteden. Bij de behandeling van deze drie patiënten deden zich diverse hindernissen voor. De belangrijkste hiervan worden hieronder beschreven. Steeds worden de oplossingen, die met vallen en opstaan werden gevonden, besproken.

### ***Exposure en responspreventie***

Bij Paul (de dove patiënt) en Pascal (de geïnvalideerde patiënt) werden de onderscheiden dwangverschijnselen geïnventariseerd. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen de klachten waarbij de ouders werden betrokken en de dwanghandelingen die zij zelfstandig uitvoerden.

De grote eisen die de kinderen hun ouders oplegden door ze bij de dwanghandelingen te betrekken, leverden spanningen, conflicten en agressie op. Door eerst te werken aan het verminderen van de dwanghandelingen werd bij de ouders sympathie voor de behandeling bewerkstelligd. De onderlinge spanningen en conflicten namen af en de sfeer in huis verbeterde. Hierdoor konden zowel de ouders als de patiënten zich positiever opstellen en zich beter voor de behandeling inzetten.

Voor het welslagen van de responspreventie werd het 'te veel/te weinig'-principe toegepast (Hoogduin, 1981; Hoogduin, 1986): aan het uitvoeren van een dwanghandeling (te veel) wordt een consequentie gekoppeld die nuttig is maar waar de patiënt door de dwanghandelingen te weinig aan toekomt. De diverse te weinig voorkomende nuttige activiteiten worden met de patiënt geïnventariseerd. Afsproken wordt welke dwanghandelingen niet meer zullen voorkomen en er wordt gesproken over de kans dat dit ook zal worden gerealiseerd. Afhankelijk van het kanspercentage wordt de zwaarte van de consequentie bepaald in termen van tijd en moeite die het kost de 'nuttige maar te weinig voorkomende' bezigheden uit te voeren.

Met Paul en Pascal werd per sessie afgesproken welke dwanghandelingen zij die komende week niet meer uit zouden voeren. Paul ging als consequentie voor iedere dwanghandeling waarmee hij die afspraak overschreed, de volgende morgen om 7.00 uur naar de tennisbaan om daar een uur tegen de muur te tennissen. Met Pascal werd afgesproken dat hij voor iedere te veel verrichte dwanghandeling de volgende dag vijftien minuten zou joggen. Met Piet (de patiënt met Asperger) werd afgesproken dat hij twee keer het aantal minuten dat hij de vorige dag aan dwanggedachten had besteed, de volgende dag zou besteden aan sociale activiteiten. Op deze manier werden tegelijk zijn sociale vaardigheden vergroot.

Belangrijk is ook te denken aan positieve consequenties. Bij Paul en Pascal werd er voor gekozen dat de ouders bij het beëindigen van een bepaald ritueel op taart zouden tracteren.

### ***Cognitieve therapie***

Bij deze jeugdige patiënten werd geprobeerd met behulp van cognitieve herstructurering hen zo ver te krijgen dat zij hun obsessies gingen beschouwen als uitvloeisels van hun fantasie en als denkfouten en niet als reële zorgen (Arntz, 1991; Salkovskis, 1985). Zo werd Pascal tot de gedachte gebracht dat denken dat je door dwanghandelingen onheil zou kunnen voorkomen hetzelfde was als denken dat hij de macht bezat om met een toverstafje ellende te verjagen. Langzaam maar zeker aanvaardde hij de realiteit dat leven een riskante aangelegenheid is.

Toen Piet op een gegeven moment merkte dat hij minder angstig werd van zijn obsessie dat hij suïcide zou kunnen plegen, ontstond een nieuwe obsessieve gedachte: 'O jé, het gaat goed, of geeft de duivel me in te denken dat het goed gaat terwijl het juist slecht gaat?' en 'Als ik niet angstig ben bij de suïcide-obsessie is de kans dan niet groter dat ik juist dan suïcide zal plegen?'. De constatering dat de meeste mensen lange tijd achtereen angstig kunnen zijn zonder dat zij zelfmoord plegen hielp hem deze gedachte genuanceerder te beleven. Ook zag hij het absurde in van de gedachte dat alle mensen die zich goed voelen van mening zouden zijn dat er een duivel in hen zou zitten.

### ***Farmacotherapie***

De drie patiënten werden behandeld met een selectieve serotonine-heropnameremmer. Gezien de ernst van de klachten kreeg Piet vanaf het begin van de behandeling 150 mg Anafranil. Na 30 sessies stopte hij daarmee omdat hij meende er te agressief van te worden en er, wat de OCS betreft, weinig van leek op te knappen. Rond de vijftigste zitting deed zijn broer weer een zelfmoordpoging. Piet werd hierop depressief. Nadat hij op Prozac 40 mg was ingesteld namen de depressieve klachten snel af. Hierna verminderden ook de angsten die door de obsessies werden veroorzaakt. In verband met bijwerkingen (onder andere onverschilligheid tijdens autorijden) werd de medicatie veranderd in 20 mg Seroxat.

Paul en Pascal kregen rond de twintigste zitting Anafranil 150 mg voorgeschreven. Omstreeks die tijd lukte het hun de eerste dwanghandelingen te voorkomen. Tegelijk liepen de angsten echter zo hoog op dat verdere behandeling dreigde te stagneren. De medicatie lijkt beiden door de crisis heen geholpen te hebben en de weg voor verdere behandeling te hebben geëffend. Paul gebruikt aan het eind van de behandeling geen medicatie meer, Pascal gebruikt dan nog 50 mg Anafranil.

### ***Motivatietechnieken***

Voor een uitgebreide beschrijving van motivatietechnieken die van nut kunnen zijn bij de behandeling van OCS wordt verwezen naar Schaap, Bennun, Schindler en Hoogduin (1993). Arts, Severeijns, De Haan, Hoogduin en Hoogduin (1993), Lange

(1981) en Van der Velden en Van Dyck (1977) noemen motiveringstechnieken die ook bij de hier gepresenteerde patiënten werden toegepast.

Deze patiënten zijn dermate ontmoedigd door de lange duur, de ernst van hun klachten en mislukte voorgaande behandelingen, dat het motiveren tot behandeling steeds opnieuw noodzakelijk is.

### ***Uitleg over de klachten***

Bij Pascal werd een metafoor gebruikt om de klachten te verhelderen: de baas dwingt een knecht tot slavenwerk, onder bedreiging van een pak slaag; zolang de knecht niet opstaat en tegen de baas zegt: 'ik doe het niet meer', zal de baas steeds absurdere eisen gaan stellen en mogelijk bij aarzelingen met meer mishandeling dreigen, wat een steeds grotere angst bij de knecht bewerkstelligt; deze zal zo steeds meer slaafs gedrag gaan vertonen, en bovendien nooit ervaren dat de baas laf is en alleen maar dreigt, en uiteindelijk niet daadwerkelijk durft te slaan.

Behalve dat de dwang hiermee in een negatief kader geplaatst wordt, kan aan de hand van deze metafoor duidelijk gemaakt worden dat iedere verrichte dwanghandeling de dwang in feite 'voedt' en dat de enige manier om de dwang zijn macht over de patiënt te laten verliezen die is waarbij hij geleidelijk weigert nog aan zijn dwanghandelingen toe te geven.

### ***Inschakelen van de omgeving***

Om Pascals afhankelijke gedrag te doorbreken wordt met de ouders afgesproken dat zij Pascal geld zullen geven om eens in de twee weken een weekend bij een vriend te gaan logeren en samen met hem uit te gaan. Zo komen ook de ouders toe aan hun rust. Na enige maanden verklaart moeder lachend dat Pascal niet meer met het eerdere bedrag uitkomt omdat het uitgaansleven hem kennelijk begint te bevallen.

Gedurende de behandeling van Piet wordt duidelijk dat zijn autistische broer grote spanningen geeft in het gezin. Het gezin maakt zich daarnaast zorgen over wat er met hem moet gebeuren als zijn vader zou komen te overlijden. Dit biedt de therapeut de mogelijkheid om naar voren te brengen dat het wellicht voor alle partijen beter zou zijn om daarvoor nu reeds een oplossing te zoeken door broer Frans te laten verhuizen naar een aanleunwoning bij een psychiatrische instelling of begeleid-wonen-project. Met een maatschappelijk werkster en psychiater worden door de familie voorbereidingen getroffen. Nadat Frans opnieuw een ernstige suïcidepoging doet, wordt hij opgenomen en van daar uit inderdaad in een begeleid-wonenproject ondergebracht. Tot verbazing van de familie blijkt hij daar adequater te functioneren dan thuis. Piet krijgt hierdoor meer rust en kan zich beter aan zijn opdrachten houden.

### ***Therapievrije dagen***

Bij deze zware behandelingen krijgen patiënten soms genoeg van de strakke planning en de vele en voortdurende opdrachten. Hieraan houden ze zich dan bijvoorbeeld niet

meer of voeren ze slechts gedeeltelijk uit. Om hierop te anticiperen en om een inzinking te voorkomen werden therapievrije dagen ingesteld. Piet, Paul en Pascal kregen net als iedere werknemer twee vakantiedagen per maand, die zij naar believen konden opnemen. Op deze dagen hoefden geen therapie-opdrachten uitgevoerd te worden.

### ***Motivatietechnieken voor moeilijke patiënten***

Met name Paul en Piet kwamen in het begin van de behandeling met de ene na de andere smoes aan waarom zij zich niet aan hun opdrachten hadden kunnen houden. In dit soort gevallen is het nuttig om één keer te zeggen dat je het niet goed hebt uitgelegd, maar daarna kan het nuttig zijn bij een goede therapeutische relatie de zittingsduur te koppelen aan het resultaat van de huiswerkopdrachten. De therapeut moet dan wel overtuigd zijn dat de patiënt zonder die nieuwe afspraken voort kan.

Op een gegeven moment besloot de therapeute daarom tot de volgende interventie: 'Als jij niet werkt, hoef ik dat ook niet. Dus bij weer niet uitvoeren van je opdrachten zal de volgende sessieduur verkort worden tot vijftien minuten.'. Na enige malen hielden beiden zich opmerkelijk beter aan hun opdrachten.

### ***Therapeutische relatie***

Bij dit soort patiënten is het vertrouwen in een succesvolle behandeling meestal verdwenen. Zij hebben de ervaring opgedaan dat eerdere behandelingen, ondanks de toen wellicht nog aanwezige motivatie, mislukt zijn. Door hoffelijk en welwillend te zijn, maar ook duidelijk te maken dat de therapeut bereid is alle expertise en ook veel tijd voor de patiënt beschikbaar te stellen kan dit vertrouwen herstellen.

Voorbeelden van de praktische uitwerking hiervan zijn: bij Paul zag de therapeut af van een tolk en besloot zelf te leren op welke wijze zij zouden spreken, zodat Paul haar zou kunnen verstaan. De duur van de zittingen werd daartoe verlengd van drie kwartier tot twee uur. Pascal werd enkele malen, vooral wanneer hij een moeilijke opdracht kreeg, gebeld om hem succes te wensen. Hij kreeg tevens het aanbod dat hij de therapeute te allen tijde mocht bellen. Deze laatste interventie leidde er niet toe dat de therapeut vaak gebeld werd. Integendeel, dit is zelfs nooit gebeurd. Het op deze wijze tonen van betrokkenheid geeft de patiënt blijkbaar voldoende vertrouwen om de situaties in de tijd tussen de zittingen alleen te ondergaan. Bij Piet werd de therapeutische relatie aanvankelijk gekenmerkt door de wantrouwende manier waarop hij de therapeut benaderde. Steeds maar weer, zitting na zitting, bracht hij de vraag naar voren of dit nu wel de juiste behandeling was voor hem. De therapeut probeerde niet te overtuigen, maar bleef hem er rustig en consequent op wijzen dat deze vraag nu juist een uiting was van zijn psychopathologie. Verder voorspelde ze hem keer op keer dat hij, als hij verder zou zijn verbeterd, zelf zou merken dat deze vraag naar de achtergrond zou verdwijnen. Wel suggereerde zij dat hij zijn tijd tot dan beter aan de behandeling zelf zou kunnen besteden. Op een bepaald moment gebeurde er iets bijzonders. Na een vakantie van de therapeut vertelde Piet haar gemist te hebben en blij te zijn dat zij weer terug was. Nadien kwam de vraag niet terug.



### ***Assertiviteitstraining***

Bij alle drie patiënten was het trainen in sociale vaardigheden een onderdeel van de behandeling. Bij veel OCS-patiënten zijn deze vaardigheden slechts matig ontwikkeld (Emmelkamp, 1982). Zo leerde Pascal voor het eerst in zijn leven echt ruzie te maken met zijn zus bij irritaties en af en toe zijn wil door te drijven in plaats van altijd toe te geven. Piet leerde zich beter tegen de eisen van zijn broer teweer te stellen. Hield zijn broer niet op dan verliet hij de kamer.

### ***Verwerking van nare jeugdervaringen***

Het leven van Paul werd uiteraard mede bepaald door zijn doofheid. Hij moest hierdoor onder andere van zijn derde tot zijn zeventiende jaar in een doveninstituut doorbrengen, terwijl zijn broers gezellig thuis bij zijn ouders konden blijven. Dit had hem vaak verdrietig en boos gemaakt. Door het schrijven van zijn levensverhaal kwamen de nare herinneringen, gedachten en gevoelens boven; deze konden gaandeweg via het schrijven worden 'verwerkt'.

Nadat Pascal na een ruzie met zijn vader flink overstuur een eind ging rijden, zijn auto ergens parkeerde en flink uithulde, kreeg hij herinneringen aan de moeilijke tijd rond zijn dertiende jaar met grote spanningen toen zijn ouders van plan waren om te scheiden, en voor hem, door het begin van zijn dwangklachten, het leven zo ingewikkeld was geworden. Deze naar boven gekomen herinnering was voor de therapeut aanleiding voor de volgende cognitieve herstructurering. De aandacht die zijn ouders destijds aan zijn dwangverschijnselen hadden gegeven, had mogelijk mede helpen voorkomen dat zij uiteindelijk uit elkaar waren gegaan, maar wel had hem dat ontzettend veel gekost. Nu was deze wijze van handelen niet meer nodig omdat hij nu oud en wijs genoeg was om te beseffen dat zijn ouders zelf verantwoordelijk waren voor hun verstandhouding.

## **Resultaten**

De resultaten werden gemeten met de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (IDB; Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976). Dit is een gestandaardiseerde zelfbeoordelvragenlijst voor het inventariseren van obsessief-compulsief gedrag. In een onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit van deze lijst door Arts et al. (1990) was de gemiddelde score van de dwangpatiënten 101,3 en van de 'normale' proefpersonen 71,2. Als optimaal cut-off punt voor het onderscheid tussen normaal en dwanggedrag noemen de auteurs de score van 79. Bij aanvang van de behandeling bedroegen de IDB-scores van Paul, Pascal en Piet respectievelijk 95, 124 en 131. Aan het eind van de behandeling waren deze scores gedaald tot respectievelijk 65, 57 en 64. Alle drie patiënten scoren dus onder de door Arts et al. (1990) gevonden gemiddelde score voor de 'normale' populatie.

Een andere indicatie voor het slagen van de behandeling is het feit dat nu, zo'n twee jaar na het beëindigen van de behandeling, zowel Paul als Pascal een passende opleiding hebben gevolgd. Pascal heeft inmiddels een vaste baan gevonden en gaat binnenkort samenwonen.

De behandeling van Piet bevindt zich in de laatste fase. Een mijlpaal was zijn besluit om zelfstandig te gaan wonen. Inmiddels is hij druk bezig met de voorbereidingen hiervoor. De behandeling van Paul omvatte 67, vaak twee uur durende, zittingen. Zij waren verdeeld over twee jaar. Bij follow-up twee jaar na afsluiting van de behandeling bleken de resultaten te zijn gehandhaafd. De behandeling van Pascal bestond uit 87 zittingen. De helft hiervan duurde anderhalf uur, de helft drie kwartier. Ook deze behandelingen vonden plaats in een tijdsbestel van twee jaar. Ook in het geval van Pascal bleven de resultaten stabiel tijdens de daarop volgende tweejarige follow-up periode. De behandeling van Piet duurt inmiddels twee en een half jaar. Hierin hebben 90 zittingen plaatsgevonden. Meer dan de helft hiervan duurde anderhalf uur.

## Discussie

Naast de toepassing van de interventies die hiervoor werden beschreven is het belangrijk dat de therapeut over een aantal eigenschappen beschikt dan wel dat hij zich deze eigen maakt. Geduld, volharding, consequent vasthouden aan de therapiedoelen zijn eerste vereisten. De therapeut moet niet te snel resultaat willen zien. De patiënt moet immers vrijwel zijn gehele leefwijze veranderen. Daarvoor is tijd nodig. Het is zowel voor patiënt als therapeut een 'zware' behandeling. Bij dit soort langdurige therapieën lijkt het soms of de ene ontmoedigende ervaring de andere opvolgt. Het is dan belangrijk niet de moed te verliezen.

Het verschil van de reacties en mogelijkheden van de therapeut met die van de omgeving van de patiënt is nou juist dat niet opgeven. Het is goed dat vanaf het begin van de therapie ook duidelijk te laten merken aan de patiënt. Voorts is het noodzakelijk dat de therapeut gestructureerd, maar toch flexibel kan werken. Er zijn meerdere probleemgebieden waaraan gewerkt moet worden bij een en dezelfde patiënt. Bij Piet bijvoorbeeld, hebben we te maken met een communicatief probleem, tekort aan zelfvertrouwen, doorgemaakte traumata, dwangproblematiek en depressieve klachten. Per periode kan het een of het ander meer op de voorgrond treden.

Het is belangrijk het exposure- en responspreventieprogramma intussen constant door te laten lopen, de andere problemen komen zoveel mogelijk daarnaast aan bod. Ook de patiënt moet goed doordrongen zijn van die prioriteit in de behandeling en in zijn leven. Wie nu concludeert dat alles wel goed komt als de therapeut maar lang genoeg volhoudt, vergist zich. Het is mogelijk dat er een tijdlang geen afname van de dwanghandelingen en/of dwanggedachten plaatsvindt. Duurt dit echter langer dan drie maanden en vinden er bovendien geen veranderingen plaats op andere terreinen (verwerking, cognities, sociale vaardigheden) dan dient de therapeut de diagnose te heroverwegen of de strategie aan te passen (vergelijk Verdellen et al., 1996). Deze therapieën duren inderdaad lang. Dit komt door de complexiteit van de problematiek, door het grote aantal rituelen, door het in elkaar grijpen en elkaar 'aflossen' van obsessies. Ze dienen hiërarchisch en gestructureerd te worden geordend en aangepakt. Dat kost tijd. Overigens is deze tijd relatief goedkoop vergeleken met de enorme financiële investering van het alternatief van een jaren durende opname.

## Abstracts

*Patients with an obsessive–compulsive disorder are often treated in an clinical setting out of despair. In this article three cases are described that were treated in an outpatient setting. Two of the three patients were symptom–free after 60–80 (sometimes double) sessions in a period of approximately two years. The third patient showed a significant improvement in a comparable period. The characteristics of such therapies are described together with the necessary therapeutic strategies, particularly in the area of the therapeutic relationship and motivation and in the combination of psychopharmaca and psychological interventions.*

## Referenties

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve therapie*, 11, 252–268.
- Arts, W., Severeijns, R., Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, & Schaap, C. (1990). De Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (IDB): Een replicatie–onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit. *Gedragstherapie*, 23, 17–27.
- Arts, W., Severeijns, R., Haan, E. de, Hoogduin, C.A.L., & Hoogduin, W. (1993). Motiveringstechnieken bij de ambulante behandeling van dwangstoornissen met behulp van exposure in vivo en responspreventie. *Directieve therapie*, 13, 27–48.
- Balkom, A.J.L.M. van, Oppen, P. van, Vermeulen, A.W.A., Dyck, R. van, Nauta, M.C.E., & Vorst, H.C.M. (1994). A meta–analysis on the treatment of obsessive–compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359–381.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and Obsessive–Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*. New York: Plenum Press.
- Hoogduin, C.A.L. & Haan, E. de (1979). De ambulante behandeling van ernstig psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, II, 752–763.
- Hoogduin, C.A.L. (1981). Zelfcontrole en dwang. *Directieve Therapie*, 1, 41–56.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). *De Ambulante Behandeling van Dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- 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.
- Lange, A. (1981). Het motiveren van cliënten in directieve (gezins)therapie. *Kwartaaltijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, I, 317–323.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional–compulsive problems: A cognitive–behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 571–583.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. & Hoogduin, C. (1993). *The Therapeutic Relationship in Behavioural Psychotherapy*. Chichester UK: Wiley.
- Velden, K. van der, & Dyck, R. van (1977). Motiveringstechnieken. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie I*. Deventer: Van Loghum Slaterus.