



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

Intensieve gedragstherapie bij ernstige dwangstoornissen

Ed Berretty*

Samenvatting

Een dwangstoornis is moeilijker te behandelen wanneer de klachten al meer dan twintig jaar bestaan of de IDB-score minimaal 100 is. Ambulante combinatietherapie, dat wil zeggen blootstelling en responspreventie als eerste deel en farmacotherapie met een (s)ri als tweede deel, indien nog noodzakelijk, bleek eerder min of meer succesvol te zijn bij bijna 70% (n = 30). Deze bijdrage bevat een verkenning (n = 50) van de mogelijkheden van intensieve (dag)klinische gedragstherapie voor de overblijvende groep, die vaak ook lijdt aan allerlei complicerende comorbiditeit. Bij 75% bleek de verbetering ten minste 30% te bedragen en bij ruim 40% verminderden de klachten met minimaal 50%. Tegelijkertijd daalde de IDB-score van 109 naar 84.

Inleiding

Volgens een cartoon van De Wit (1997) is ambulante behandeling bij dwang niet altijd afdoende. Dit kan bijzonder pijnlijk zijn, zoals collega Sigmund ervaart. Een man komt zijn spreekkamer binnen met een urn in de hand, en verklaart: 'Het was de laatste wens van mijn vrouw dat haar as in uw spreekkamer verstrooid zou worden.' Ondanks Sigmunds bezwaren: 'Ja maar!', krijgt hij de inhoud van de urn over zijn hoofd gestort. Somber voor zich uitkijkend verzucht hij: 'Ik heb haar niet van die smetvrees kunnen genezen en dan krijg je dit soort dingen'.

Eerder (Berretty, 1994) is in dit tijdschrift geschetst hoe een dertigtal patiënten, lijdend aan een dwangstoornis, in een Riagg in een ongecontroleerd onderzoek behandeld is volgens een zogenoemd twee-stappen-model. Dat wil zeggen dat eerst gedragstherapie, met als kern blootstelling en responspreventie, aangeboden wordt, en vervolgens, als dit onvoldoende baat, een combinatie plaatsvindt met farmacotherapie, met name een (s)ri. De bevindingen zijn overeenkomstig die van Hoogduin en Van Duivenvoorden (1985), die constateren dat bij een relatief korte duur en matige ernst van de klachten de prognose met gedragstherapie zeer goed is. Bevestigd wordt dat de kritieke grens, als het gaat om de duur van de klachten, in de buurt ligt van twintig jaar of meer. Om de ernst te meten is gebruik gemaakt van de zogenoemde Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden, hierna afgekort als IDB (Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976; Kraaimaat, 1994). Dit is een zelfbeoordelvragenlijst bestaande uit 32 items met een score van 1 t/m 5, en een totaalscore tussen 32 en 160. Het breekpunt ligt in beide studies bij een uitslag van minimaal 100. Blijkbaar zitten patiënten met een minder goede prognose in de categorie van relatief ernstige klachten en een lange duur van klachten.

* DRS. E.W.BERRETTY, klinisch psycholoog, is hoofd van de afdeling Gedragstherapie van Rosenberg, Centrum voor psychiatrie en psychogeriatricie te Den Haag. Correspondentieadres: Rosenberg, Centrum voor psychiatrie en psychogeriatricie, afdeling Gedragstherapie, Postbus 53019, 2505 AA Den Haag.

In het Riagg-onderzoek is gekeken of in deze ernstiger gevallen combinatie met een (s)ri een gunstige invloed op de prognose heeft. Poliklinisch is dit inmiddels een niet ongebruikelijke praktijk. De ondersteuning op basis van wetenschappelijk onderzoek van combinatietherapie (Cottraux, Mollard, Bouvard, Marks, Sluys, Nury, Douge & Cialdella, 1990; Foa, Kozak, Steketee & McCarthy, 1992; Marks, Lelliot, Basoglu, Noshirvani, Monteiro, Cohen & Kasvikis, 1988; Marks, Stern, Mawson, Cobb & McDonald, 1980) is overigens mager. De voorlopige conclusie luidt dat de meerwaarde de eerste weken tot uiting komt, om na enkele maanden te verdwijnen. Bovendien moet er rekening mee gehouden worden dat bij ernstige dwangklachten het tempo van verandering lager ligt (De Haan, Van Oppen, Van Balkom, Spinhoven, Hoogduin & Van Dyck, in druk). Het is dus zeker niet uit te sluiten dat voortzetting van gedragstherapie in bepaalde gevallen alsnog resultaat oplevert, ook zonder combinatie met een (s)ri.

In grote lijnen waren de bevindingen van het Riagg-onderzoek als volgt. Beneden beide grenswaarden (het betreft bijna de helft van de betrokken patiënten) blijkt gedragstherapie bij 85% van de patiënten toereikend om een klachtenreductie van ten minste 30% te bewerkstelligen. Bij 70% van de patiënten wordt zelfs minimaal een halvering van de klachten bereikt. Maar boven (één van) deze grenswaarden is het perspectief duidelijk minder gunstig. Dan vindt na gedragstherapie in plaats van bij 85% slechts bij de helft van de gevallen een verbetering plaats met 30%. Met combinatietherapie wordt het succespercentage enigermate, maar niet volledig, opgetrokken tot (bijna) 70%. Na een behandeling, die vaak 25 tot 30 bijeenkomsten vergt, blijft bij de relatief zwaarderwegende dwangproblematiek dus altijd nog een substantiële subgroep van 30% over die nauwelijks reageert op het twee-stappenbehandelmodel.

Ook Sigmund heeft aan den lijve de grens aan zijn ambulante mogelijkheden ervaren. Maar wat had hij kunnen doen om deze onfortuinlijke afloop te voorkomen? In principe had hij in twee richtingen verder kunnen zoeken, biochemisch (verbeterde psychofarmaca, psychochirurgie), of gedragstherapeutisch. De eerste optie valt buiten het bestek van dit artikel. We richten de aandacht op de tweede optie en stellen ons de vraag: is het nuttig de gedragstherapie te intensiveren? Peters, Hoogduin, Verbraak en Methorst (1996) beschrijven drie succesvolle ambulante behandelingen bij een gecompliceerde dwangneurose. Naast de combinatietherapie vinden cognitieve therapie en sociale-vaardigheidstraining plaats. Gedurende twee jaar is er wekelijks contact met een duur van drie kwartier tot twee uur. Op deze wijze lukt het de IDB-score spectaculair terug te brengen (van gemiddeld 117 naar 62). Intensivering van gedragstherapie kan ook in een (dag)kliniek plaatsvinden. Van Dyck, Van Balkom en Van Oppen (1996) en Van Balkom en Van Oppen (1996) suggereren dit als volgende stap in de behandeling van dwang. Bij Hageman (1994) treft men op grond van een tienjarig prospectief follow-up-onderzoek naar resultaten van klinische gedragstherapie in het Psychiatrisch Centrum Joris in Delft bij de categorie dwangstoornissen ondersteuning voor dit advies aan. Peters et al. waarschuwen nadrukkelijk voor de risico's van opname uit wanhoop. 'Dwanggedrag is vaak aan stimuli in de omgeving verbonden. Deze ontbreken meestal in de kliniek. Kort na opname verdwijnen de symptomen dan ook vaak, om na een tijdje, en zeker na ontslag, terug te keren.'

Om te beoordelen of (dag)klinische gedragstherapie iets toevoegt, zijn vijftig patiënten gevolgd. Het betreft degenen die in de periode 1 november 1994 t/m 31 maart 1997

met als voornaamste klacht een dwangstoornis, en met een aanvangsscore op de IDB van minimaal 67, opgenomen in en ontslagen zijn uit het programma van de afdeling gedragstherapie van Rosenburg, Centrum voor psychiatrie en psychogeriatrie in Den Haag. Deze afdeling gedragstherapie is een supraregionaal werkzame voorziening met een (huidige) omvang van twintig 'bedden' en twintig 'stoelen' (deeltijdplaatsen).

Sinds 1974 vindt hier behandeling plaats van patiënten met dwangstoornissen, fobieën, en, sinds kort, eetstoornissen. De duur van een intensieve gedragstherapie ligt gemiddeld tussen de zes en negen maanden. Tot eind jaren tachtig stond bij de responspreventie externe controle door de begeleiding op de voorgrond. Ter versterking van het effect werd regelmatig contact met familie en bekenden zo veel mogelijk beperkt, binnengekomen post door de week ingehouden en, in de eerste fase van de behandeling, weekendverlof verboden. Bij reinigingsrituelen kon bijvoorbeeld de watertoevoer naar de wastafel afgesloten worden. Vaak leidde dergelijke externe controle tot een forse klachtenreductie bij aanvang, regelmatig ook tot snelle drop-out. De terugkeer naar huis bleek inderdaad in de regel met terugval gepaard te gaan.

Geleidelijk is de nadruk meer komen te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt met actieve inschakeling van eventuele familie in de rol van cotherapeut. Zo is een uitgebreid weekendverlof van vrijdagmiddag tot zondagavond in gebruik geraakt, en slechts incidenteel overnacht nog iemand tijdens het weekend op de afdeling. Daartegenover staat dat het weekendverlof ondersteund wordt met telefonische ruggespraak met de afdeling, soms meermalen per dag. Anderzijds wordt oefenmateriaal van huis (van kleding tot deurklinken toe) regelmatig naar de (dag)kliniek meegenomen. Op de afdeling zelf neemt directe dwangbestrijding onveranderd een centrale plaats in. Gedurende de gehele dag vindt blootstelling en responspreventie plaats, zowel individueel, op afspraak of terloops, als in de dagelijkse oefengroepjes in en rond het huis. Laatstgenoemde groepsoefeningen worden door de medewerkers gedragstherapie, met als uitgangspunt het individuele stappenplan van elke patiënt, volgens vaste richtlijnen geleid. Een enkele keer vindt ook bezoek aan huis plaats. Eventuele familie wordt direct betrokken bij de oefenprogramma's. Er vindt een heel geleidelijke vermindering van het therapiecontact plaats, tot bijvoorbeeld een mini-deeltijdprogramma of een gespreid poliklinisch contact. Op deze wijze vindt meestal een geleidelijker, en ook bestendiger vermindering van klachten plaats.

Iedere patiënt neemt, net als bij Peters et al. (1996), deel aan cognitieve therapie en sociale-vaardigheidstraining. Dit vindt plaats in cursusgroepen met een oplopende moeilijkheidsgraad. Rombouts (1993) geeft elders een uitvoeriger schets van de opzet. Sinds 1994 gaat de afstemming verder: met de plaatselijke Riagg-partners en het nabij gelegen psychiatrisch centrum Bloemendaal, onder andere door de ontwikkeling en invoering van een zogenaamd transmuraal protocol (Melis, Korrelboom, Berretty & Landman, 1997).

Bij alle betrokken patiënten is de IDB bij aanvang en bij ontslag (dus na afloop van het gehele traject) afgenomen. Vergelijking van beide scores geeft een indruk van de mate waarin verandering is opgetreden in de ernst van de dwang. Er vindt bovendien een schatting plaats van de concrete afname in frequentie van ieders individuele dwanghandelingen. Hiertoe wordt in de eerste plaats, zoals poliklinisch gebruikelijk is, uitgegaan van registratie door de patiënt zelf. Daarnaast wordt een vergelijkbaar gewicht toegekend aan observatiegegevens, die vooral vanuit de dagelijkse oefeningen

in blootstelling en responspreventie, zowel individueel als groepsgewijs, in ruime mate beschikbaar komen. Ondanks methodologische bezwaren is er vanwege de klinische relevantie voor gekozen dit therapeutenoordeel mee te laten tellen. Gemiddeld wijkt dit niet af van de zelfregistratie, maar in enkele individuele gevallen geeft het een realistischer beeld.

Gepoogd wordt om op grond van de verzamelde gegevens op twee vragen een voorlopig antwoord te vinden, vanzelfsprekend met alle voorbehoud vanwege het exploratieve karakter van deze studie. In de eerste plaats is het van belang te weten of het hier inderdaad door de bank genomen ernstiger dwangsymptomen betreft dan bij de Riagg. Redelijkerwijs mag dit vanwege het supraregionale karakter en de afstemming op regionale partners verwacht worden. Om hier een indruk van te krijgen wordt niet alleen gekeken naar de kenmerken (ernst en duur) van de dwangstoornis bij opname, maar ook naar de therapeutische voorgeschiedenis en naar de aanwezigheid van ernstige comorbiditeit als belemmering van een reguliere ambulante behandeling van de dwang. Wanneer inderdaad bevestigd wordt dat de dwangproblematiek zich ernstiger laat aanzien dan bij de Riagg-populatie het geval was, komt de tweede vraag aan de orde. Waar het uiteindelijk om gaat is er een redelijke indruk van te krijgen of, en zo ja in welke mate, (dag)klinische gedragstherapie iets toevoegt aan het eerder ambulant bereikte resultaat.

Resultaten

Per patiënt zijn de gegevens gerangschikt in zes kolommen. Achtereenvolgens staan aangegeven: rangordnummer (01 t/m 50), sekse (v/m), IDB-score bij aanvang (IDB-1), IDB-score bij definitief ontslag (IDB-2), effect (dat wil zeggen mate van klachtenreductie), en ten slotte, voor zover van toepassing, een kolom voor bijzonderheden. Bij de IDB-1 staat, wanneer de score minder dan 100 bedraagt, aangegeven of de duur van de klachten de twintig jaar overschrijdt. Bij de mate van afname van de klachten wordt onderscheid gemaakt tussen: '0' (zijnde < 30%), '+' (zijnde 30% à 50%) en '++' (zijnde > 50%). In de kolom bijzonderheden staat vermeld of er bij aanmelding ernstige comorbiditeit bestaat. Op deze plaats wordt eveneens met een asterix aangegeven wanneer de behandeling een duidelijk afwijkend verloop heeft gekend. Later in de tekst volgt een toelichting.

Er werd voor deze opzet gekozen om de gegevens zo goed mogelijk te kunnen vergelijken met het eerdere Riagg-onderzoek. De volgende wijzigingen zijn aangebracht. Bij de Riagg-populatie was alleen de eerste IDB-score opgenomen. Dit leverde toen een gemiddelde van 91 op. Berekend was daarnaast het gemiddelde bij follow-up (69, een waarde die men tegenkomt bij normale proefpersonen). Nu zijn ter vergelijking alle scores bij de tweede meting op de IDB in de tabel

Tabel I Categorie A (N = 23): Combinatietherapie. Klachtenreductie: 26% '0', 35% '+', 39% '++'. Gemiddelde IDB-afname: van 113 naar 89.

nr.	sekse	IDB-1	IDB-2	effect	bijzonderheden (voor en tijdens behandeling)
01	v	73, < 20 j.	64	0	gb
02	v	82, < 20 j.	59	++	gb
03	v	84, > 20 j.	55	++	gb
04	v	92, > 20 j.	64	++	*
05	m	104	62	++	gb
06	m	105	101	0	gb
07	m	105	94	+	gb
08	v	105	86	++	gb
09	m	107	76	+	gb
10	v	110	111	0	bekend met kortdurende psychosen
11	v	112	70	++	gb
12	m	113	112	0	bekend met bipolaire stoornis
13	v	114	104	+	gb
14	v	116	98	0	gb
15	m	118	64	++	gb
16	v	123	67	+	gb
17	m	126	109	+	gb
18	v	127	114	0	gb
19	m	134	102	++	gb
20	v	134	123	+	bekend met bipolaire stoornis
21	m	135	128	+	gb
22	v	138	65	++	gb
23	v	143	108	+	bekend met epilepsie

N.B.: De toelichting bij de symbolen die in de kolom 'effect' gebruikt worden is als volgt. '0' wijst op een klachtenreductie < 30%, '+' op een klachtenreductie tussen 30% en 50%, en '++' op een klachtenreductie > 50%.

Tabel 2 Categorie B (N = 21): Farmacotherapie. Klachtenreductie: 33% '0', 24% '+', 43% '++'. Gemiddelde IDB-afname: van 106 naar 79.

nr.	seks	IDB-1	IDB-2	effect	bijzonderheden (voor en tijdens behandeling)
24	m	77, < 20 j.	65	++	*
25	m	77, < 20 j.	47	0	*
26	m	88, < 20 j.	62	+	gb
27	v	92, < 20 j.	67	+	bekend met ernstige depressieve stoornis
28	v	95, < 20 j.	70	+	gb
29	v	75, > 20 j.	70	0	geheugenstoornis
30	v	77, > 20 j.	82	++	gb
31	v	85, > 20 j.	81	0	schizoïde persoonlijkheidsstoornis
32	v	103	100	0	gb
33	m	112	95	0	gb
34	m	112	89	0	schizoïde persoonlijkheidsstoornis
35	m	114	84	+	schizofrenie ?
36	v	115	81	++	bekend met ernstige depressieve stoornis
37	v	118	65	0	*
38	v	119	85	++	bekend met kortdurende psychosen
39	m	120	78	++	*
40	v	123	87	++	ernstige depressieve stoornis
41	v	126	102	++	gb
42	m	127	89	+	gb
43	v	130	93	++	bekend met ernstige depressieve stoornis
44	v	134	74	++	bekend met ernstige depressieve stoornis

N.B.: De toelichting bij de symbolen die in de kolom 'effect' gebruikt worden is als volgt. '0' wijst op een klachtenreductie < 30%, '+' op een klachtenreductie tussen 30% en 50%, en '++' op een klachtenreductie > 50%.

Tabel 3 Categorie C (N = 6): Gedragstherapie. Klachtenreductie: 0% '0', 50% '+', 50% '++'. Gemiddelde IDB-afname: van 106 naar 79.

nr.	seks	IDB-1	IDB-2	effect	bijzonderheden (voor en tijdens behandeling)
45	v	87, < 20 j.	75	+	gb
46	v	95, < 20 j.	93	+	gb
47	v	104	84	++	*
48	v	113	65	+	gb
49	v	115	70	++	*
50	v	123	88	++	gb

N.B.: De toelichting bij de symbolen die in de kolom 'effect' gebruikt worden is als volgt. '0' wijst op een klachtenreductie < 30%, '+' op een klachtenreductie tussen 30% en 50%, en '++' op een klachtenreductie > 50%.

opgenomen. Voor het bepalen van de mate van verbetering wordt niet langer alleen uitgegaan van zelfregistratie, maar tevens van observatiegegevens.

Bij de huidige populatie wordt apart melding gemaakt van comorbiditeit bij aanmelding, met name een ernstige stemmingsstoornis, (vermoedelijke) schizofrenie of een organisch beeld. Gegevens hieromtrent zijn ontleend aan de vaak uitgebreide informatie over voorafgaand onderzoek en eerdere behandelingen waarmee verwijzingen vergezeld plegen te gaan. Omdat niet op een gestandaardiseerde wijze diagnostiek heeft plaatsgevonden, is voorbehoud over de betrouwbaarheid op zijn plaats. Dergelijke

comorbiditeit, voor zover bekend bij aanvang, zou bij het Riagg-onderzoek op voorhand tot uitsluiting hebben geleid.

Zoals te verwachten is, komt comorbiditeit met depressieve verschijnselen het meeste voor. Wanneer deze ernstig zijn, staan het suïciderisico en het onvermogen om ambulante afspraken na te komen, ambulante gedragstherapie bij een Riagg in de regel in de weg. Alleen de meest ernstige en niet secundair aan de dwangstoornis optredende stemmingsstoornissen worden vermeld. Wanneer dwangverschijnselen zich voordoen als symptoom van een depressie in engere zin is onze vorm van gedragstherapie minder aangewezen. De differentiële diagnostiek van dwang en depressie is een ingewikkelde aangelegenheid. Verdellen, Hoogduin, De Kemp, Methorst en Verbraak (1996) stellen elders zeven richtlijnen voor, die hier mede gebruikt zijn om tot het vereiste onderscheid te komen.

Bij één geval (35) is vermeld dat in eerdere behandelingen het vermoeden van schizofrenie uitgesproken wordt. Tot klinische gedragstherapie is bij deze patiënt pas overgegaan nadat gebleken was dat ondanks jarenlang gebruik van een antipsychoticum (leponex) in combinatie met een (s)sri de smetvrees en reinigingsrituelen onverminderd voortduurden.

Behalve de depressieve klachten, die secundair aan de dwangstoornis optreden, blijven ook comorbide somatoforme, fobische, eet- en persoonlijkheidsstoornissen, omwille van de overzichtelijkheid, onvermeld. Maar, om een indruk te geven van de omvang hiervan: het blijkt dat 44% van de patiënten eerder (dag)klinisch opgenomen is geweest, daarbij aan allerhande vormen van comorbiditeit lijdend. Ten slotte is nu niet langer vermeld welk (s)sri werd voorgeschreven, evenmin in welke dosering. De informatieve waarde hiervan is gering, want vaak zijn er in de loop van de tijd meerdere middelen voorgeschreven, en bij de uiteindelijke keuze speelt vooral de mate waarin de medicatie per individueel geval op de lange duur verdragen wordt, een rol.

De aldus verzamelde gegevens zijn gebundeld in een drietal groepen. In categorie A ($n = 23$) zijn opgenomen degenen die min of meer een 'modelbehandeling' achter de rug hebben, bestaande uit ambulante gedragstherapie én combinatietherapie met een (s)sri. Er is geen poging ondernomen om te beoordelen in hoeverre in alle gevallen de gedragstherapie volgens de regelen der kunst is uitgevoerd. In categorie B ($n = 21$) treft men degenen aan die farmacotherapeutisch zijn behandeld, met daarbij in elk geval één (s)sri. Ambulante gedragstherapie is in deze gevallen achterwege gelaten vanwege de ernstige comorbiditeit. Categorie C ($n = 6$) is gering van omvang; het gaat hierbij om patiënten met alleen een gedragstherapie als eerdere behandeling. Dit heeft te maken met sterk verzet bij hen tegen het gebruik van medicatie. Bij twee van hen is halverwege de opname alsnog een (s)sri voorgeschreven. Overigens, regelmatig blijkt in alle categorieën uit de therapeutische voorgeschiedenis dat er psychodynamische of systeemtherapie is geprobeerd, en steunend-structurerende contacten ondernomen zijn om het leed te verlichten. Vermelding hiervan blijft achterwege, omdat er geen grond is om aan te nemen dat dit soort interventies een bijdrage levert aan vermindering van klachten bij dwangstoornissen.

Per categorie lopen de rangordenummers op naarmate de dwangproblematiek zwaarder van gehalte is. De rangordenummers zijn cursief aangegeven, wanneer bij aanvang van

de (dag)klinische behandeling de dwang nog altijd ernstig is, dat wil zeggen dat de IDB-score minimaal 100 is en/of de duur van de klacht ten minste twintig jaar bedraagt.

Het commentaar bij de afwijkend verlopen gevallen is als volgt. Een tweetal patiënten (37, 39) werd tijdens de behandeling psychotisch. In het eerste geval ging het om een recidief. Deze patiënt weigerde medicatie, en werd overgeplaatst naar een gesloten opnameafdeling. In het tweede geval ging het om een eerste psychose, na een periode van verzet tegen het gedragstherapeutisch beleid. Na inname van een antipsychoticum als comedicatie verliep de verder ongewijzigd voortgezette behandeling naar wens. Bij twee anderen (24, 25), allebei jonge volwassenen, werd vooraf rekening gehouden met schizofrenie. Tijdens de behandeling viel op dat de aan hun controledwang ten grondslag liggende obsessies een enigszins bizar karakter hadden, en dat beiden een geïsoleerde positie in de groep innamen. Psychotische decompensatie bleef uit. Latere rapportage van nazorginstanties bevat stellige uitspraken in de richting van schizofrenie. Bij één patiënte (4) werd tijdens de behandeling als complicatie een niet eerder geconstateerde (lichte) bipolaire stoornis vastgesteld. Van het kleine groepje van zes patiënten dat zonder ervaring met een (s)sri aan de behandeling begon, is dit tijdens de verblijfsduur aan twee alsnog voorgeschreven (47 en 49), in beide gevallen tot hun tevredenheid.

De eerste vraag luidt of bij deze (dag)klinisch behandelde patiënten bij aanvang de dwangstoornis ernstiger van aard is dan bij degenen die voordien ambulantly behandeld werden. In één oogopslag valt op dat er een belangrijk verschil in relevante therapie-ervaring bestaat. Bij de Riagg was er, een enkele uitzondering daargelaten, een blanco therapeutische voorgeschiedenis. (Terugblik in de oude gegevens leert dat er in geen enkel geval eerder gedragstherapie was uitgevoerd, en dat slechts twee patiënten eerder een (s)sri voorgeschreven hadden gekregen.) Bij de (dag)klinische afdeling gedragstherapie is de verhouding omgekeerd. Bij alle aanmeldingen is er een therapeutische voorgeschiedenis, bestaande uit gedragstherapie (12%), farmacotherapie (42%) of combinatietherapie (46%). De IDB-score is bij aanvang gemiddeld 109, bij de Riagg-populatie 91. De dwangstoornis is in 82% van de gevallen nog altijd als ernstig te karakteriseren. (Bij de Riagg bleek dit voor iets meer dan de helft het geval.) Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de IDB-score op het moment dat voor het eerst, meestal bij een Riagg, professionele bemoeienis plaatsvond, nog aanzienlijk hoger zal zijn geweest. Daarnaast lijdt bijna de helft aan dermate ernstige comorbiditeit, van een ernstige stemmingsstoornis tot schizofrenie, dat eerder deeltijdbehandeling of klinische opname heeft plaatsgevonden. Alles wijst er dus op dat we te maken hebben met dwangproblematiek van zwaarder kaliber.

De tweede vraag betreft de geboekte resultaten. Daarbij is in de eerste plaats de mate van klachtenreductie van belang. Bij 26% is minder dan 30% klachtenreductie bereikt. Hierbij is inbegrepen patiënte 37, die wel aanzienlijk minder dwangklachten krijgt, maar vervolgens psychotisch wordt. De overige 74% gaat duidelijk vooruit. Daarbij is in 32% van de gevallen sprake van klachtenreductie van 30 à 50%, en in 42% van minimaal een halvering.

In de tweede plaats is de verandering in IDB-score belangrijk. Deze neemt gemiddeld af van 109 naar 84. Hierbij moet bedacht worden dat het minimum voor iemand bij wie zelfs geen spoor van dwang aanwezig is nog altijd 32 bedraagt. Na aftrek hiervan valt een afname op de IDB van 77 tot 52 te constateren, dat wil zeggen ruim 32%.

(Dezelfde correctie bij het Riagg-onderzoek zou een gemiddelde vermindering met 37% opgeleverd hebben.)

Er bestaat een marginaal verschil tussen de drie categorieën. Na aftrek van het minimum van 32 blijkt de afname in categorie A 30% (van 81 naar 57), en in de beide andere categorieën 36% (van 74 naar 47). De minste vooruitgang wordt naar verhouding dus geboekt bij degenen die eerder (min of meer) een modelbehandeling hebben ontvangen. Dit is in overeenstemming met de gedachte dat dagklinische gedragstherapie minder toe te voegen heeft aan een ambulante combinatietherapie die volgens de regelen der kunst is uitgevoerd. Een op het eerste gezicht raadselachtig resultaat is dat in deze categorie de gemiddelde IDB-score bij aanvang 7 en bij afsluiting 10 punten meer bedraagt dan in beide andere categorieën. Vanwege de exploratieve opzet van dit onderzoek kan alleen gespeculeerd worden over een verklaring. Misschien speelt het volgende een rol. In categorie B deed niet zozeer de dwang zelf, maar eerder een comorbide stoornis de verwijzer (naar achteraf blijkt mogelijk ten onrechte) uiteindelijk afzijen van ambulante voortzetting. En categorie C bestaat uit een klein aantal patiënten bij wie waarschijnlijk het lijden onder de dwang niet groot genoeg is geweest om het verzet tegen farmacotherapie te staken. Dit zou betekenen dat in categorie A een concentratie optreedt van de ernstigste dwangstoornissen.

Beschouwing

Vergelijking tussen dit (dag)klinische en het eerdere Riagg-onderzoek is vanwege het ongecontroleerde karakter slechts in beperkte mate mogelijk. Maar het lijkt aannemelijk dat de zwaarte van de dwangproblematiek bij de (dag)klinische populatie van 50 patiënten groter is dan bij de eerder gevolgde 30 Riagg-patiënten. De score op de IDB en de klachtenduur (20 jaar of langer) wijzen in deze richting. Ondanks de eerdere gedragstherapie en/of farmacotherapie behoort bij (dag)klinische aanmelding nog altijd ruim 80% tot de categorie van de ernstige dwangstoornissen. Bij de Riagg daarentegen betrof het vrijwel uitsluitend niet eerdere behandelde dwangklachten, waarbij iets meer dan de helft als ernstig gekwalificeerd kon worden. Daarnaast geldt ernstige comorbiditeit (stemmingsstoornissen, psychotische en organische stoornissen) in de praktijk regelmatig als uitsluitingscriterium voor ambulante gedragstherapie en indicatiecriterium voor klinische gedragstherapie.

Wat betreft de meerwaarde van intensieve (dag)klinische gedragstherapie moet door het ontbreken van een controlegroep op twee aspecten een voorbehoud in acht worden genomen. In de eerste plaats kan de invloed van het tijdsverloop niet uitgesloten worden. Mogelijk had voortzetting van de ambulante behandeling in een aantal gevallen op termijn ook tot vooruitgang geleid. Bij twee patiënten heeft daarnaast het alsnog voorschrijven van een (s)ri zeker mede bijgedragen aan de bereikte verbetering. Een ander methodologisch bezwaar is dat follow-up-gegevens ontbreken. Uit regelmatige telefonische contacten met betrokkenen zelf na ontslag en met nazorginstanties ontstaat de indruk dat gemiddeld genomen het resultaat behouden blijft. Dit zou in overeenstemming zijn met follow-up-gegevens bij ambulante en, voor zover beschikbaar, klinische gedragstherapie. Eenmaal bereikte resultaten blijken daarbij in principe blijvend te zijn, zelfs wanneer een periode van meerdere jaren in acht wordt genomen (Van Dyck et al., 1996; Hageman, 1994).

Met de nodige slagen om de arm kan geconstateerd worden dat de prognose van (dag)klinische gedragstherapie, in een gespecialiseerd centrum als het onze althans, bij ernstige dwangstoornissen redelijk gunstig is. De kans op verbetering met minimaal 30% is in deze studie ongeveer 75%, en de kans op minimaal een halvering van de klachten ruim 40%. Op de IDB bedraagt de gemiddelde afname ruim 30%. Bij ontslag bedraagt de IDB-score nog altijd gemiddeld 84, ruimschoots hoger dan de eindscore bij de Riagg en het gemiddelde van de normale populatie, namelijk 70 of lager.

De suggestie van Van Dyck et al. (1996) om de 'dosis' gedragstherapie te verhogen als volgende stap in de behandeling van dwang na ambulante cognitieve gedragstherapie en behandeling met een (s)ri wordt voorlopig ondersteund. Voor uitspraken met een definitiever karakter is gecontroleerd onderzoek onmisbaar. Meer duidelijkheid zou de weg banen voor een verdere afstemming van de klinische en ambulante sector, met ruimte voor allerhande tussenvarianten. Daarbij kan gedacht worden zowel aan intensieve ambulante gedragstherapie (Peters et al., 1996) als aan in intensiteit geleidelijk teruglopende (dag)klinische programma's, waar het in deze bijdrage om gaat. Een dergelijke ontwikkeling past binnen het streven naar 'zorg op maat': zo intensief als nodig, en zo kort als mogelijk.

Abstract

Intensive behaviour therapy with severe compulsive disorder

Treatment of obsessive compulsive disorder is more difficult when lasting for over twenty years or in case the IDB-score is 100 at least. Up till now outpatient combination therapy – exposure and response prevention at first and next pharmacotherapy with (s)ri, if still necessary – proved to be more or less successful for almost 70% (n = 30). This paper includes an exploration (n = 50) of the possibilities of intensive inpatient behaviour therapy for the remaining group, many of whom suffered from various kinds of complicating comorbidity. In 75% the improvement appeared to be at least 30%, and in a good 40% the complaints were cut down by 50% or more. At the same time the IDB-score decreased from 109 to 84.

Referenties

- Balkom, A.J.L.M. van, & Oppen, P. van (1996). Diagnostiek en behandeling van obsessieve–compulsieve stoornis. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 38, 3–16.
- Berretty, E.W. (1994). De avonturen van mevrouw Helderder. *Directieve therapie*, 14, 44–52.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A.M., Douge, R., & Cialdella, P. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive–compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 5, 17–30.
- Dyck, R. van, Balkom, A.J.L.M. van, & Oppen, P. van (1996). *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Steketee, G.S., & McCarthy, P.R. (1992). Treatment of depressive and obsessive–compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279–292.
- Haan, E. de, Oppen, P. van, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, P., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (in druk). Prediction of outcome and early versus late improvement in OCD–patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Hageman, W.J.J.M. (1994). *De multimodale behandeling op de afdeling gedragspsychotherapie van het Psychiatrisch Centrum Joris in Delft: een onderzoek van de Vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit*. Delft: Eburon.

- Hoogduin, C.A.L., & Duivenvoorden, H. van (1985). Een beslissingsmodel bij de behandeling van dwangneurose. *Directieve therapie*, 5, 342-356.
- 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.
- Kraaimaat, F.W. (1994). De 'Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden'. *Gedragstherapie*, 27, 149-154.
- Marks, I.M., Lelliot, P., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.
- Marks, I.M., Stern, R.S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry* 136, 1-25.
- Melis, P.M.L., Korrelboom, C.W., Berretty, E.W., & Landman, F. (1997). *Innovatieproject transmurale gedragstherapie: protocol behandeling obsessieve-compulsieve stoornis*. Interne publicatie, p/a Riagg-Zuidhage.
- Peters, W., Hoogduin, K., Verbraak, M., Schaap, C., & Methorst, G. (1996). Ervaringen met de ambulante behandeling van gecompliceerde patiënten met een dwangneurose. *Directieve therapie*, 16, 92-105.
- Rombouts, A.J.A.J. (1993). De afdeling gedragstherapie van het psychiatrisch centrum Rosenburg: beschrijving en casus-illustratie. In: M.G.T. Kwee & M.K. Kwee-Taams, *Klinische gedragstherapie in Nederland en Vlaanderen* (pp. 122-146). Delft: Eburon.
- Verdellen, C., Hoogduin, C.A.L., Kemp, E. de, Methorst, G., & Verbraak, M. (1996). Dwang en depressie; differentiële diagnostiek. *Directieve therapie* 16, 120-130.
- Wit, P. de (1997). Sigmund. *de Volkskrant*, 29-01-1997.