



[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)

# Complicaties bij de cognitieve behandeling van dwangstoornis

Walter Arts en Rudy Severeijns\*

---

*Cognitieve therapie is heden ten dage een veel toegepaste behandeling. Ook bij de behandeling van een dwangstoornis is cognitieve therapie effectief. Het is echter een moeilijke behandeling die ook haar beperkingen heeft. In dit artikel wordt een aantal valkuilen en moeilijkheden beschreven die optreden bij de cognitieve behandeling van een dwangstoornis. In de nabeschuiving wordt ingegaan op de implicaties hiervan voor de behandeling van dwangstoornissen.*

## Inleiding

De afgelopen jaren is er in de gedragstherapie sprake geweest van een groeiende interesse in – en populariteit van de cognitieve therapie. In eerste instantie bleken cognitieve technieken succesvol te zijn bij de behandeling van depressies (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Boelens, 1990), later werden ook goede resultaten behaald bij angststoornissen (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark et al., 1994; Bouchard et al., 1996). Momenteel staat de cognitieve behandeling van persoonlijkheidsstoornissen sterk in de belangstelling (Beck, Freeman & Associates, 1990; Young, 1990; Arntz & Dreessen, 1993).

Voor een dwangstoornis is de behandeling bij uitstek – al vele jaren – exposure in vivo en responspreventie. De effectiviteit hiervan is in vele onderzoeken aangetoond (Rachman & Hodgson, 1980; Emmelkamp, 1982; Marks, 1987; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988).

Uit gevalsbeschrijvingen (Salkovskis, 1985, 1989; Salkovskis & Warwick, 1985, 1988) en later ook gecontroleerd onderzoek (Emmelkamp, Visser & Hoekstra, 1988; Emmelkamp & Beens, 1991; van Oppen et al., 1995) blijkt echter dat cognitieve therapie bij een dwangstoornis ook zinvol kan zijn – en zelfs even effectief is als exposure in vivo en responspreventie.

Cognitieve therapie bij een dwangstoornis is een behandeling in ontwikkeling. Het aantal artikelen waarin bruikbare technieken worden beschreven is nog beperkt (van Oppen & Emmelkamp, 1991; Van Oppen & Arntz, 1993; Freeston, Rhéaume & Ladouceur, 1996). In dit artikel zullen verschillende valkuilen en moeilijkheden worden besproken die in de alledaagse klinische praktijk optreden bij een cognitieve behandeling van een dwangstoornis. Ook kent de toepassing van cognitieve therapie bij een dwangstoornis zijn beperkingen. In de nabeschuiving zal worden ingegaan op de consequenties en implicaties van deze complicaties.

---

\* DRS. W.J.J.M. ARTS is als klinisch psycholoog/gedragstherapeut verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Joris NWN te Schiedam en het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft. DRS. J.R.M. SEVEREIJNS is als klinisch psycholoog/gedragstherapeut werkzaam op de afdeling Medische Psychologie van het Academisch Ziekenhuis te Maastricht. Correspondentieadres: PC Joris NWN, Stadhouderslaan 98, 3116 HT Schiedam.

## Cognitieve therapie bij een dwangstoornis

De cognitieve behandeling van een dwangstoornis baseert zich meestal op het cognitieve model van dwang, zoals beschreven door Salkovskis (1985, 1989a). Centraal in dit model staat de betekenisverlening aan intrusies. Intrusies – in het bewustzijn binnendringende en terugkerende gedachten, beelden of impulsen – leiden slechts tot angst en spanning als degene die ze ervaart er een bepaalde negatieve betekenis aan geeft. Deze betekenisverlening of interpretatie geschiedt vaak onmiddellijk of automatisch, vandaar de term negatieve automatische gedachten. Negatieve automatische gedachten bij een dwangstoornis verwoorden meestal het uiteindelijk plaatsvinden van een ramp, zoals brand of besmetting met een ernstige ziekte. Dwanghandelingen worden uitgevoerd om de angst en spanning, opgeroepen door de negatieve automatische gedachten, te verminderen. Negatieve automatische gedachten zijn meestal terug te voeren op reeds lang bestaande disfunctionele schema's (ook wel basisassumpties of leefregels geheten): verzamelingen van kennis en ervaringen over een bepaald begrip of onderwerp, vaak al gevormd in de jeugd door ingrijpende ervaringen en interacties met belangrijke anderen, die bepalen hoe gebeurtenissen in het heden worden geïnterpreteerd (Arntz, 1991). Disfunctionele schema's bij dwang hebben vaak als thema overmatige schuld en verantwoordelijkheid.

Zo kan iemand die in bed ligt, net als hij wil gaan slapen, overvallen worden door de gedachte dat het licht in de woonkamer nog aan is (intrusie). Dit roept een beeld op van een lamp die stuk gaat waardoor kortsluiting en brand ontstaat en het hele gezin omkomt (negatieve automatische gedachten). Dit roept zoveel spanning op dat degene die dit ervaart opstaat en herhaaldelijk naar de woonkamer loopt en kijkt of het licht inderdaad uit is (dwanghandeling). De gedachte aan brand en kortsluiting bij hem komt mogelijk voort uit de overtuiging dat elektriciteit erg gevaarlijk is en dat hij, en hij alleen, volledig verantwoordelijk is voor elke fout die hij op dit terrein (en mogelijk ook op andere terreinen) maakt (disfunctioneel schema).

Cognitieve therapie berust op de aanname dat klachten voortkomen uit een verkeerde interpretatie van gebeurtenissen, gevoelens en/of gedachten – intrusies in het geval van een dwangstoornis. Een meer 'reële' interpretatie doet de klachten afnemen. Door discussietechnieken – het uitdagen van negatieve automatische gedachten en disfunctionele schema's – en het uitvoeren van gedragsexperimenten – waarin de juistheid van een bepaalde interpretatie wordt getoetst – tracht men dit te bewerkstelligen.

Een cognitieve therapie kent vijf fasen. In de eerste fase wordt het theoretisch model besproken. De patiënt dient dit model te kennen en te begrijpen. De therapeut legt uit hoe gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedragingen elkaar wederzijds beïnvloeden en toont hoe één gebeurtenis meerdere interpretaties toelaat (zie Van Oppen & Emmelkamp, 1991). De behandeling richt zich op deze betekenisverlening. Vervolgens wordt de patiënt geleerd de gedachten, die zijn gevoelens van angst en spanning verklaren, op te sporen en te herkennen (inventarisatiefase). In een volgende fase wordt de patiënt geleerd om deze negatieve automatische gedachten uit te dagen en worden alternatieve, meer reële cognities gegenereerd. De therapeut hanteert hierbij als middel de socratische dialoog die, afhankelijk van de mogelijkheden van de patiënt, meer of minder directief is. Daarna, in de vierde fase, wordt de patiënt uitgenodigd

om in gedragsexperimenten in de praktijk te onderzoeken welke interpretatie juist is, de oorspronkelijke negatieve automatische gedachten of de nieuw verworven alternatieve cognities. Ten slotte, als de klachten nog niet voldoende zijn afgenomen, richt de behandeling zich op het veranderen van de disfunctionele schema's, ook weer via discussie en gedragsexperimenten.

## **Valkuilen bij de toepassing van cognitieve therapie bij een dwangstoornis**

### **De therapeut besteedt te weinig tijd aan uitleg van het cognitieve model**

Bij alle vormen van psychotherapie maar zeker bij cognitieve therapie is een goede uitleg van de rationale essentieel. Het cognitieve model – met het onderscheid tussen gebeurtenis (intrusie), negatieve automatische gedachte, gevoel en gedrag – is niet alleen tamelijk complex, de behandeling doet ook een groot beroep op de actieve inzet en zelfwerkzaamheid van de patiënt. Het is verleidelijk om na een vluchtige uitleg van de therapie snel van start te gaan met het 'eigenlijke' werk. De kans dat het cognitieve model niet goed is begrepen is dan groot – met als gevolg stagnatie en onnodige discussie over onderdelen van de therapie. Voor een goede uitleg is het nuttig om het cognitieve model op papier te zetten en stapsgewijs met de patiënt te bespreken. Laat daarna de patiënt in eigen woorden het cognitieve model navertellen, sta stil bij vragen, twijfels en onduidelijkheden en aarzel niet om het model herhaaldelijk uit te leggen.

### **De therapeut stelt te hoge eisen en is te kritisch**

Na de uitleg over de behandeling wordt begonnen met het inventariseren van de negatieve automatische gedachten. Dit is voor de meeste patiënten (erg) moeilijk, zeker omdat het hebben van dergelijke gedachten in de loop van de tijd vaak een gewoonte is geworden waardoor men zich er nog nauwelijks van bewust is. Het opsporen en inventariseren vergt dan ook altijd enige oefening. Patiënten rapporteren in het begin meestal weinig negatieve automatische gedachten. Vaak zijn ze erg basaal 'het is niet goed' of 'dan gaat het mis'. Juist in deze beginfase is het raadzaam om niet te kritisch te zijn over hetgeen de patiënt aan informatie aandraagt en alles wat ook maar enigszins in de buurt komt van een negatieve automatische gedachte – elke gedachte die het gevoel van de patiënt in een bepaalde situatie redelijk verklaart – met instemming te ontvangen om de patiënt niet te ontmoedigen. Is de therapeut te kritisch dan is de kans groot dat de patiënt gedemotiveerd raakt en huiswerkopdrachten onvoldoende of niet meer uitvoert.

### **De therapeut is te snel tevreden**

Bij het inventariseren en uitdagen van de negatieve automatische gedachten kan het gebeuren dat patiënten snel aangeven dat een bepaalde gedachte onjuist, onlogisch en irrationeel is. Bij het noemen van een gedachte wordt ogenblikkelijk gereageerd met 'ja, dat kan niet' of 'ik weet wel dat dit onzin is'. Gebeurt dit bij het inventariseren dan is er waarschijnlijk sprake van cognitieve vermijding uit angst geconfronteerd te worden met de uiterste consequenties van een gedachte. Schaamte kan natuurlijk ook een rol spelen. Wanneer het plaatsvindt bij het uitdagen kan dit duiden op angst voor het uiteindelijke resultaat van het uitdagen ('wat als de kans op een gebeurtenis uiteindelijk toch nog onacceptabel hoog is?'), maar het is ook mogelijk dat de patiënt de therapeut snel tevreden wenst te stellen. Vraag in dergelijke gevallen altijd na *waarom* die kans volgens de patiënt zo klein is of *waarom* een gedachte volgens de patiënt onlogisch of

onjuist is. Als het herhaaldelijk voorkomt zal besproken moeten worden waarom de patiënt zo weinig tijd neemt om zijn cognities te onderzoeken.

### **De therapeut gaat de strijd aan met de patiënt**

Cognitieve therapie dient een zogenaamde ‘collaborative effort’ te zijn van therapeut en patiënt waarbij beiden in een samenwerkingsverband de cognities van de patiënt aan een grondig onderzoek onderwerpen en toetsen op empirische houdbaarheid. Zeker wanneer patiënten moeite hebben met het uitdagen, geen snelle vorderingen maken of ogenschijnlijk koppig aan hun ‘irrationele cognities’ vasthouden kan de verleiding groot zijn om hen te willen overtuigen van de onjuistheden in hun denkwijze. De therapie kan dan verzanden in redetwisten. Het doel van uitdagen is niet om patiënten van hun ongelijk te overtuigen of van hen te winnen. De bedoeling van uitdagen is, in eerste instantie, enkel het *zaaien van twijfel* over de houdbaarheid van de negatieve cognities. Het veranderen van de wijze waarop patiënten optredende gebeurtenissen interpreteren volgt pas daarna.

### **De therapeut is te invoelend**

Bij het uitdagen van de negatieve automatische gedachten van patiënten met een dwangstoornis komt men vaak uit bij een te verwachten ramp, zoals de ziekte of dood van de betrokkene, van zijn kinderen, zijn partner of andere dierbare personen. Deze rampen zijn vanuit menselijk oogpunt erg gemakkelijk invoelbaar. Veelal zal de therapeut geneigd zijn om te denken ‘ja, maar dat is toch ook vreselijk’ en op de gevolgen ervan niet verder ingaan. De behandeling kan hierdoor stagneren. Zo is het mogelijk dat een patiënt met een angst voor Aids geen enkel risico wil lopen – hoe miniem ook – en dus geen ritueel durft te staken omdat ‘Aids krijgen toch verschrikkelijk is’. Toch zal voor de ene patiënt Aids krijgen betekenen dat hij door iedereen verstoten wordt en binnen enkele maanden zal sterven, terwijl een andere patiënt ervan overtuigd is dat zijn vrouw en kinderen het alleen niet zullen redden. Het kritisch evalueren van deze cognities kan een therapie soms weer een stap verder brengen. Zo vertelde een patiënt in de laatste fase van de behandeling veel te hebben gehad aan het bespreken van de gevolgen van het hebben van Aids. Zij realiseerde zich toen dat haar ouders haar altijd zouden blijven steunen en dat haar vriend tot het laatst toe bij haar zou blijven als zij met HIV besmet zou zijn. Haar angst voor Aids nam hierdoor verder af. Dit gaf haar de kracht haar laatste dwanghandelingen te staken.

### **De therapeut houdt te strak vast aan de socratische dialoog**

Cognitieve therapie maakt gebruik van de zogenaamde ‘socratische dialoog’ (Arntz, 1991). Deze ‘dialoog’ is in principe te verkiezen boven recht toe recht aan suggesties van de therapeut: alternatieve verklaringen en conclusies die zelf worden gegenereerd worden over het algemeen geloofwaardiger gevonden en beter onthouden dan wanneer anderen alternatieven formuleren. Los van de vraag of deze therapeutische techniek wel ‘socratisch’ genoemd kan worden, zijn er in de klinische praktijk regelmatig patiënten waarbij het strikt hanteren ervan de therapie in het gunstigste geval onnodig zou verlengen en in het meest ongunstige geval de therapie zou doen vastlopen, simpelweg omdat zij bepaalde duidelijk voor de hand liggende conclusies en gevolgtrekkingen bij het uitdagen niet (kunnen) maken. In dergelijke gevallen is het zinvol een meer directieve houding aan te nemen (‘zou het niet zo kunnen zijn dat...’) danwel zelf bepaalde voorzetten te doen (‘volgens mij zit het zo...’). Een superieure en betweterige attitude dient hierbij natuurlijk vermeden te worden.

## **Moeilijkheden bij de toepassing van cognitieve therapie bij een dwangstoornis**

### **Cognitieve therapie wordt gebruikt als dwangritueel**

Het kan voorkomen dat een patiënt een bepaalde uitdaagtechniek of een rationele gedachte gaat gebruiken als een cognitief ritueel. Het is altijd aan te raden negatieve automatische gedachten en disfunctionele assumpties uit te dagen met behulp van meerdere technieken; dit geldt met nadruk als het uitdagen gebruikt wordt als dwangritueel. Wordt een uitdaagtechniek toch als ritueel gebruikt dan is dit een teken dat het uitdagen niet succesvol is geweest – de geloofwaardigheid van de oorspronkelijke gedachten lijkt onveranderd – en dat de belangrijkste cognities (mogelijk op het niveau van assumpties) niet zijn opgespoord en uitgedaagd.

### **Gebrek aan cognities**

Sommige patiënten rapporteren weinig cognities. Dit kan komen doordat de therapeut te actief is waardoor de patiënt niet meedenkt. Sommige patiënten vinden het buitengewoon moeilijk te verbaliseren waarvoor zij precies bang zijn. Dit kan liggen aan de geringe verbale vermogens van de patiënt maar het kan ook zijn dat de vreesverwekkende ideeën impliciet zijn en (nog) niet toegankelijk voor het bewustzijn. Rustig een aantal zittingen de tijd nemen om de cognities op te sporen kan hiervoor een oplossing zijn. Aan de andere kant is het denkbaar dat sommige patiënten echt maar een (erg) beperkt aantal cognities hebben. Bij deze patiënten zijn de mogelijkheden tot uitdagen bescheiden. Cognitieve therapie zal in deze gevallen eenvoudiger en beknopter moeten zijn met meer nadruk op gedragsexperimenten om succes te hebben. Dit geldt vaak ook voor patiënten met een laag intelligentieniveau voor wie het soms erg moeilijk om logische gedachtengangen te volgen, laat staan te incorporeren. Er moet voor opgepast worden dat een cognitieve therapie bij deze patiënten nodeloos lang gaat duren.

### **Moeilijke patiënten**

Er zijn ook patiënten met een dwangstoornis die wellicht 'te intelligent' zijn voor een cognitieve therapie. Het zijn patiënten (vaak, maar lang niet altijd met een hoge opleiding) die op elke vraag van de therapeut die bedoeld is om twijfel te zaaien een strak antwoord klaarhebben ('nee hoor, want..') en alle argumenten voor – of tegen een bepaalde negatieve automatische gedachte of assumptie voortdurend ontkrachten ('ja, maar..'), zelfs al dragen zij die argumenten in eerste instantie zelf aan. Het gevaar van een verbale krachtmeting en veel onnodige discussie tussen patiënt en therapeut is groot. Aardig, meegaand en begripvol blijven is dan ook erg belangrijk. Het is mogelijk dat er dan – geleidelijk aan – toch afstand ontstaat tot de oorspronkelijke, vreesverwekkende, cognities. Maar het gedrag kan ook worden besproken en er kan een gedragsexperiment worden afgesproken waarin de patiënt uitprobeert wat het hem oplevert als hij zich minder kritisch opstelt.

## **Beperkingen van cognitieve therapie bij een dwangstoornis**

### **De aard van de dwangstoornis**

Cognitieve therapie lijkt bij uitstek geschikt voor de behandeling van een controledwang. Controles worden uitgevoerd om een werkelijke ramp te voorkomen (veelal inbraak, kortsluiting en brand); een ramp die alleen kan plaatsvinden als een aantal

gebeurtenissen elkaar opvolgt (de verwarming staat hoog, het gordijn hangt er tegen aan, het gordijn vat vlam, het huis brandt af, partner en kinderen komen om in de vuurzee). Overmatige verantwoordelijkheid speelt meestal duidelijk een rol ('ik ben verantwoordelijk voor alles wat er mis gaat').

Het is doorgaans niet moeilijk een controledwang met cognitieve technieken te behandelen. De negatieve automatische gedachten en de basisassumpties kunnen met vele technieken worden uitgedaagd. Er kan gezocht worden naar bewijzen voor – en tegen de negatieve gedachten, de ramp kan worden ontleed in de opeenvolgende gebeurtenissen die aan de ramp vooraf moeten gaan, waarbij elke gebeurtenis kritisch wordt bekeken op zijn waarschijnlijkheid en er kan een kansberekening worden uitgevoerd, de gedachten van de patiënt kunnen worden vergeleken met die van belangrijke anderen (dubbele standaard), het perspectief kan worden veranderd (wie zijn er nog meer verantwoordelijk?) etc. (zie ook Salkovskis & Warwick, 1985, 1988; Van Oppen & Emmelkamp, 1991; Van Oppen & Arntz, 1994). Er kunnen ook vele gedragsexperimenten worden gedaan – bijvoorbeeld een gordijn tegen de verwarming hangen met de verwarming hoog, emmer water ernaast en een hele dag wachten om te kijken of er brand ontstaat.

Bij andere vormen van dwang is het toepassen van cognitieve therapie moeilijker.

Bij patiënten die voortdurend bezig zijn met het opruimen, poetsen en schoonmaken van het huis zijn vaak weinig negatieve automatische gedachten traceerbaar. Ondanks goed doorvragen en aangedragen suggesties van de therapeut blijven de antwoorden beperkt tot 'anders is het niet goed', 'het moet gewoon recht liggen', 'het moet gewoon schoon en netjes zijn'. Met veel geluk is het soms mogelijk deze gedachten uit te breiden tot 'anders vinden anderen mij een slons' en 'anders ben ik een slechte huisvrouw'. Bij deze patiënten zijn de mogelijkheden van een cognitieve therapie beperkt. Er zijn geen negatieve automatische gedachten om uit te dagen, alleen (basale) basisassumpties of leefregels. Er is hierbij een groot raakvlak met cognitieve therapie bij een persoonlijkheidsstoornis (in dit geval een obsessief-compulsieve persoonlijkheid) met beperkte positieve veranderingen op korte termijn. Het herhaaldelijk bespreken wat deze leefregel de patiënt oplevert (met behulp van een kosten-baten analyse) kan zinvol zijn, evenals een vergelijking maken met anderen (dubbele standaard) of het verklaren van de klachten door terug te gaan naar de tijd waarin deze regel ontstond (terug naar vroeger) – een regel die zijn geldigheid in het heden mogelijk heeft verloren – maar in de praktijk zijn de resultaten van het uitdagen van deze assumpties binnen een kortdurende therapie bescheiden.

Ook gedragsexperimenten zijn bij deze patiënten niet eenvoudig te bedenken. Het is mogelijk om het huis minder (uitgebreid) op te ruimen en aan anderen te vragen of het niet goed (schoon) is. Een typisch gedragsexperiment is echter eenmalig (Arntz, 1991). De kans dat dit een blijvende verandering bewerkstelligt is klein. Een patiënt kan ook gevraagd worden een week (of zelfs drie maanden, vgl. Salkovskis, 1989b) een heel ander gedrag te vertonen (bijvoorbeeld zoals vóór het ontstaan van de dwangstoornis) en te kijken wat de gevolgen hiervan zijn en welke gedragswijze beter bevalt. In de praktijk blijken patiënten dit echter meestal niet te doen, waarschijnlijk omdat zij zo'n grote verandering niet aankunnen. Hun dwangstoornis is daarvoor te ernstig of te zeer een ingesleten gewoonte geworden.

Bij patiënten met smetvrees is er veelal sprake van een duidelijke serie gebeurtenissen die leidt tot een ramp ('als ik mijn handen niet was als ik uit de supermarkt kom, besmet ik mezelf en mijn kinderen met Aids omdat ik vast iets heb aangeraakt dat ook was betast door iemand met Aids'). Het uitdagen van de negatieve automatische gedachten is meestal goed mogelijk. Vele discussietechnieken zijn bruikbaar. De problemen ontstaan later – op assumptieniveau: 'Ik weet nu wel dat de kans op een besmetting klein is, erg klein zelfs, maar de gevolgen zijn zo catastrofaal, dat ik dat risico – hoe klein ook – niet wil lopen'. Deze leefregel is meestal moeilijk veranderbaar.

Gedragsexperimenten zijn vaak niet mogelijk. Bij smetvrees is men meestal bang voor de gevolgen op langere termijn 'straks – over tien jaar – ga ik dood aan kanker of Aids'. Er is geen gedragsexperiment mogelijk – binnen een eindige therapie – dat kan toetsen of deze cognitie juist of onjuist is. Van Oppen en Emmelkamp (1991) stellen voor in dit geval het gedragsexperiment zo te overdrijven dat de gevolgen sneller zichtbaar worden. Behalve de vraag of dit mogelijk is (of ethisch verantwoord is: 'ga de komende maand met 30 partners naar bed'), heeft dit veel weg van flooding – en is het zeer de vraag hoeveel patiënten dit aankunnen.

Er zijn patiënten die vele handelingen herhalen om te voorkomen dat zichzelf of belangrijke anderen in de toekomst iets naars overkomt. De aan deze (magische) handelingen ten grondslag liggende cognities 'als ik de handeling niet herhaal en daarbij niet tel tot een bepaald getal dan zal iemand waar ik veel om geef in de toekomst iets naars overkomen' zijn moeilijk succesvol uit te dagen. Er is een aantal uitdaagtechnieken mogelijk – er kan gezocht worden naar aanwijzingen voor en tegen de gedachten ('heb je wel eens niet herhaald toen je dit dacht?'), het arbitraire karakter van de koppeling kan worden besproken ('hoe kan twee keer heen en weer lopen over een drempel invloed uitoefenen op iemands gezondheid?') – maar over het algemeen levert dit weinig op (zie ook Freeston et al., 1996). Met betrekking tot assumpties en gedragsexperimenten is er hetzelfde probleem als bij smetvrees. De (mogelijke) gevolgen zijn dusdanig ernstig dat verandering van gedrag riskant en niet gewenst is. En, wederom, hoe toets je in een gedragsexperiment iets wat in de verre toekomst kan plaatsvinden?

## Nabeschuiving

Cognitieve therapie is een complexe therapievorm. De behandeling stelt eisen aan de kennis en deskundigheid van de therapeut. Therapeuten dienen vele valkuilen, inherent aan deze vorm van therapie, te vermijden om een behandeling adequaat te kunnen uitvoeren. Patiënten kunnen een goede toepassing bemoeilijken omdat hun verbale expressie te beperkt is of juist te goed ontwikkeld is. Uitdaagtechnieken kunnen als dwangritueel worden gebruikt. Cognitieve therapie vereist vaak een grondige training en voldoende ervaring van de therapeut om goed om te kunnen gaan met deze problemen.

Het toepassen van cognitieve therapie bij een dwangstoornis – zonder gebruik te maken van exposure in vivo en responspreventie – heeft zijn beperkingen. Cognitieve therapie lijkt vooral toepasbaar bij een controledwang. Bij andere vormen van dwang is het vaak niet alleen erg moeilijk de negatieve automatische gedachten uit te dagen en assumpties te veranderen, ook zijn gedragsexperimenten meestal niet mogelijk – zeker daar waar



het niet uitvoeren van dwanghandelingen ernstige gevolgen op langere termijn zou kunnen hebben. Hoewel (nog) niet gesteund door gecontroleerd onderzoek, is het in deze gevallen in de praktijk vaak noodzakelijk om gebruik te maken van exposure in vivo en responspreventie om een succesvol resultaat te bereiken. Ondanks bevindingen dat cognitieve therapie even effectief is als exposure en responspreventie, is de algemeen geldende klinische indruk dan ook dat – zeker bij de ernstige vormen van dwang – exposure in vivo onontbeerlijk is. Ook belangrijke auteurs op dit vakgebied bevestigen deze indruk. Zo beschrijven Salkovskis (1989b), Salkovskis en Westbrook (1987) en Salkovskis en Warwick (1988) cognitieve therapie als 1 een techniek om patiënten te motiveren voor een exposurebehandeling, 2 een motiveringstechniek tijdens een exposurebehandeling en 3 een zelfstandige therapie bij patiënten die exposure weigeren. Ook Steketee (1993) en Freeston et al. (1996) zien cognitieve therapie in eerste instantie als aanvulling op – en versterking van een exposurebehandeling.

De ontwikkeling van nieuwe technieken om de eerder beschreven problemen op te lossen zou deze indruk kunnen veranderen. Dit geldt ook voor verder gecontroleerd experimenteel onderzoek. Bij twee van de drie onderzoeken die tot nu toe aantoonen dat cognitieve therapie net zo effectief was als exposure in vivo en responspreventie zijn enkele aanmerkingen zeker op zijn plaats. Niet alleen zijn de patientenpopulaties in de onderzoeken van Emmelkamp et al. (1988) en Emmelkamp en Beens (1991) erg klein, daarnaast waren de patiënten in de cognitieve therapieconditie in het onderzoek van Emmelkamp en Beens (1991) beter opgeleid dan de patiënten in de exposure conditie en hadden zij mildere klachten.

Vooralsnog lijkt een combinatie van cognitieve therapie en exposure de beste behandeling voor een dwangstoornis. Cognitieve therapie kan dan (zelfstandig) worden gebruikt om negatieve automatische gedachten en disfunctionele assumpties te veranderen maar ook om patiënten te motiveren voor hun exposure-opdrachten (zie ook Arts, Severeijns, De Haan, Hoogduin en Hoogduin, 1993) waarbij de exposure-opdrachten ook werken als (vaak niet geheel sluitende) gedragsexperimenten om de verandering in cognities – bereikt via discussie – te versterken. Een aldus toegepaste behandeling kan met recht cognitieve gedragstherapie worden genoemd.

---

### **Abstract**

*Cognitive therapy is a much-used treatment nowadays. Apart from being an effective treatment for obsessive-compulsive disorder, it is also a difficult treatment which has its limitations. In this article a number of pitfalls and difficulties in the cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder will be described. The implications for treatment of obsessive-compulsive disorder are discussed.*

### **Referenties**

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 252-268.
- Arntz, A., & Dreessen, L. (1993). Cognitieve gedragstherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. *Directieve Therapie*, 13, 5-26.

- Arts, W., Severeijns, R., Haan, E. de, Hoogduin, K., & Hoogduin, W. (1993). Motiveringstechnieken bij de ambulante behandeling van dwangstoornissen met behulp van exposure in vivo en responspreventie. *Directieve Therapie*, 13 , 27-48.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* . New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* . New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression* . New York: Guilford Press.
- Boelens, W. (1990). *Cognitieve Therapie en Gedragstherapie bij Depressie: Een evaluatieonderzoek* . Proefschrift Universiteit Groningen.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M.H., & Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34 , 213-224.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164 , 759-769.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice* . New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P.M.G. & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29 , 293-300.
- Emmelkamp, P.M.G., Visser, S., & Hoekstra, R.J. (1988). Cognitive therapy vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12 , 103-114.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34 , 433-446.
- Hoogduin, C.A.L., & Duivendoorn, H. (1988). A decision model in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 152 , 516-521.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals* . Oxford: Oxford University Press.
- Oppen, P. van, & Emmelkamp, P. (1991). Cognitieve therapie bij dwangstoornissen. *Directieve Therapie*, 11 , 333-344.
- Oppen, P. van, & Arntz, A. (1993). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32 , 79-87.
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Dyck, R. Van (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33 , 379-390.
- Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions* . Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23 , 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1989a). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27 , 677-682.
- Salkovskis, P.M. (1989b). Obsessions and compulsions. In J. Scott, J.M.G. Williams & A.T. Beck (Eds.), *Cognitive Therapy in Clinical Practice* . London: Croom Helm.
- 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., & Warwick, H.M.C. (1988). Cognitive Therapy of obsessive-compulsive disorder. In C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (Eds.), *The Theory and Practice of Cognitive Therapy* . Heidelberg: Springer.
- Salkovskis, P.M., & Westbrook, D. (1987). Obsessive-compulsive disorder: clinical strategies for improving behavioural treatments. In H.R. Dent (Ed.), *Clinical Psychology: Research and Development*. London: Croom Helm.
- Steketee, G.S. (1993). *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Schema-Focused Cognitive Therapy for Personality Disorders*. Sarasota: Professional Resource Press.