



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

Cognitieve therapie van obsessies. Twee gevalsbeschrijvingen

Walter Arts*

Samenvatting

In dit artikel wordt een cognitieve therapie van obsessies beschreven bij twee patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis. De behandeling bestond uit (a) een uitleg van het cognitieve model met een nadruk op het onderscheid tussen intrusies en negatieve automatische gedachten, (b) herhaalde uitleg over intrusies – intrusies zijn normaal en nemen toe bij pogingen ze te onderdrukken – aan de hand van onderzoeken en het ‘witte beer’ experiment, (c) het veranderen van de interpretatie van de intrusies door discussie en (d) het uitvoeren van gedragsexperimenten om de juistheid van de interpretatie te toetsen. Beide patiënten hadden veel baat bij de behandeling. Hoewel de intrusies niet helemaal verdwenen riepen ze geen angst en spanning meer op. Beide patiënten voerden ook geen (cognitieve) rituelen meer uit om de intrusies te neutraliseren. De gevalsbeschrijvingen laten zien dat cognitieve therapie succesvol kan zijn bij de behandeling van obsessies.

Inleiding

Exposure in vivo en responspreventie geldt als de behandeling bij uitstek voor een obsessieve-compulsieve stoornis (Rachman & Hodgson, 1980; Emmelkamp, 1982; Marks, 1987; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988). De laatste jaren is echter ook gebleken dat cognitieve therapie een effectieve behandeling voor een dwangstoornis is (Salkovskis, 1985, 1989; Emmelkamp, Visser & Hoekstra, 1988; Emmelkamp & Beens, 1991; Van Oppen et al., 1995).

Patiënten met een dwangstoornis hebben last van obsessies – nare, ongewenste gedachten, beelden of impulsen – die angst en spanning oproepen, en van compulsies – overte of covert dwanghandelingen – die dienen om de angst, opgeroepen door de obsessies, te verminderen (APA, 1994). De meeste patiënten met een dwangstoornis neutraliseren hun angsten door het uitvoeren van zichtbare dwanghandelingen (wassen, herhalen, controleren). Een beperkt aantal patiënten voert alleen cognitieve rituelen uit (tellen, tegen zichzelf zeggen: ‘Dat doe ik niet’, een onschuldige gedachte tegenover de nare gedachte zetten, etc.). Deze patiënten – patiënten met alleen dwanggedachten – worden vrijwel altijd uitgesloten van onderzoeken naar de effectiviteit van een behandeling. Niet alleen komen patiënten met alleen dwanggedachten weinig voor en is de differentiële diagnose met een depressie moeilijk (Hoogduin, 1986), daarnaast is de toepassing van exposure en responspreventie bij deze patiënten moeilijk toepasbaar en controleerbaar en het effect ervan moeilijk meetbaar. Ondanks enkele studies die aangeven dat een behandeling met exposure in vivo en responspreventie bij patiënten met alleen dwanggedachten even effectief is als bij patiënten met zichtbare

* DRS. W.J.J.M. ARTS is als klinisch psycholoog/gedragstherapeut werkzaam in het circuit ‘Kortdurende Zorg Volwassenen’ te Delft van de GGZ Delfland. Correspondentie-adres: Polikliniek Psychiatrie, Postbus 5011, 2600 GA Delft.

dwanghandelingen (Kirk, 1983; Arts, Hoogduin, Schaap & De Haan, 1993) is de algemeen geldende klinische indruk nog steeds dat patiënten met alleen dwanggedachten moeilijker te behandelen zijn dan patiënten met overwegend overte dwanghandelingen (Emmelkamp, 1982; Salkovskis, 1989b; Rachman, 1983, 1997).

Er is nog geen onderzoek gedaan naar het effect van cognitieve therapie op patiënten met alleen dwanggedachten. Over de toepassing hiervan bestaan ook nog geen uitgebreide gevalbeschrijvingen. Doordat er bij cognitieve therapie een expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen ongewenste binnendringende gedachten (intrusies) en de interpretatie van deze gedachten (negatieve automatische gedachten geheten), lijkt cognitieve therapie bij uitstek geschikt voor een behandeling van obsessies.

Cognitieve therapie van dwangklachten steunt op het model van Salkovskis (1985, 1989a). Centraal in dit model staat de negatieve betekenis die, vaak automatisch, wordt gegeven aan plotseling optredende, zich in het bewustzijn opdringende ongewenste gedachten, beelden of impulsen (intrusies). De angst die de negatieve interpretatie van een intrusie oproept kan worden verminderd door het uitvoeren van (overte of coverte) rituelen. Gebeurt dit met enige regelmaat, dan is er sprake van een dwangstoornis. Het is dus niet de intrusie die de dwangstoornis veroorzaakt, maar de wijze waarop de intrusie wordt geïnterpreteerd. Het veranderen van deze betekenisverlening (ook wel negatieve automatische gedachten genoemd) is dan ook de kern van een cognitieve therapie. Een betekenisverlening wordt vaak gestuurd door reeds lang bestaande disfunctionele basisassumpties of schema's. Dit zijn kennisstructuren, vaak al vroeg in iemands leven gevormd door ingrijpende ervaringen en interacties met belangrijke anderen, die uiteindelijk bepalen hoe iemand zichzelf en zijn omgeving waarneemt (Arntz, 1991). Bij een dwangstoornis overheersen thema's van schuld en verantwoordelijkheid. Schema's kunnen wijzigen door het veranderen van de negatieve automatische gedachten. Vaak is het echter ook nodig er rechtstreeks aandacht aan te besteden.

Intrusies zijn niet abnormaal. Bijna iedereen heeft er wel eens last van. Uit onderzoeken blijkt dat ruim 80 procent van de bevolking intrusies rapporteert als gevraagd wordt hierop te letten (Rachman & De Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984; Freeston, Ladouceur, Thibodeaux & Gagnon, 1991; Purdon & Clark, 1993). Er is ook weinig verschil in de inhoud van intrusies tussen 'normale' personen en patiënten met een dwangstoornis. Dwangpatiënten ervaren hun intrusies wel als meer onacceptabel en onaanvaardbaar. Ze geven er, met andere woorden, een negatievere betekenis aan. Ook proberen ze met veel inspanning hun intrusies kwijt te raken.

Intrusies nemen meestal in frequentie toe als geprobeerd wordt ze te onderdrukken (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Dit effect is vaak al onmiddellijk waarneembaar (Lavy & van den Hout, 1990; Salkovskis & Campbell, 1994; Trinder & Salkovskis, 1994), zeker als men erg alert is op intrusies (Salkovskis & Campbell, 1994). Om dit aan te tonen wordt in een standaardexperiment expliciet en met veel nadruk aan een proefpersoon gevraagd om enkele minuten zo hard mogelijk te proberen niet aan een 'witte beer' (of een ander dier) te denken. Elke keer als dit wel gebeurt dient dit genoteerd te worden of op een andere voorgeschreven wijze kenbaar gemaakt te worden.

Een cognitieve therapie van obsessies zou uit de volgende elementen kunnen bestaan:

- a Uitleg van het cognitieve model met een nadruk op het onderscheid tussen intrusies en negatieve automatische gedachten.
- b Voorlichting over de aard en het voorkomen van intrusies – intrusies zijn een normaal verschijnsel en nemen toe bij pogingen ze te onderdrukken – aan de hand van voorbeelden van situaties waarin iedereen last heeft van intrusies (zoals op de twintigste verdieping van een flatgebouw of aan de rand van een perron: dadelijk spring ik omlaag of stap ik voor de trein), onderzoeken die zijn gedaan naar het voorkomen van intrusies en het ‘witte beer’-experiment (om patiënten te laten ervaren dat het onderdrukken van een gedachte bijna altijd averechts werkt).
- c Veranderen van de negatieve automatische gedachten in meer reële gedachten met behulp van discussietechnieken (‘uitdagen’).
- d Uitvoeren van gedragsexperimenten om te toetsen welke gedachte juist is: de oorspronkelijke angst-opwekkende gedachte of de later geformuleerde meer reële gedachte.

In dit artikel wordt aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen bovenstaande cognitieve therapie van obsessies beschreven. In de nabespreking zal het resultaat nader worden geëvalueerd.

Gevalsbeschrijvingen

Mevrouw van Willingen

Sinds de geboorte van haar tweede kind, nu een jaar geleden, heeft mevrouw van Willingen last van intrusies met een agressieve inhoud. Een groot aantal maal per dag wordt zij overvallen door de gedachte: ‘Ik ga mijn kinderen doodmaken’, en ‘Ik moet mijn man vermoorden’. Gedachten die haar erg angstig maken. Mevrouw durft daarom haar kinderen niet alleen in bad te doen en laat ze niet bij een (open) raam slapen. Ze is bang voor messen en stopt ze na gebruik zo ver mogelijk weg in de bestekbak. Ook praat zij voortdurend op zichzelf in (‘Zoiets doe ik niet’) als ze bij haar man en kinderen is. Af en toe – gemiddeld eenmaal per dag – vraagt zij haar man om geruststelling. Hoewel mevrouw zich erg hulpeloos voelt en af en toe somber en moedeloos is, is er geen sprake van een depressieve stoornis.

De behandeling begon met een uitgebreide uitleg van het cognitieve model. Tijdens de eerste twee zittingen werd het voorkomen van intrusies bij ‘normale’ mensen besproken, evenals de onderzoeken die dit hadden aangetoond en werd het ‘witte beer’-experiment gedaan. Mevrouw werd gevraagd één minuut niet aan een grote roze olifant te denken. Na afloop gaf zij aan herhaaldelijk aan een roze olifant te hebben gedacht of hem voor zich te hebben gezien. Zowel de uitleg als het experiment maakte enige indruk. Mevrouw vroeg zich af of haar man en haar beste vriendin ook last hadden van intrusies. Haar werd verzocht dit na te vragen. Helaas ontkende haar man ooit last te hebben van intrusies. De twee vriendinnen waar ze het aan vroeg herkenden het verschijnsel gelukkig wel.

In de volgende zittingen werd het cognitieve model herhaaldelijk besproken. Het ‘witte beer’-experiment werd herhaald om te kijken of het nu wel zou lukken om niet aan een roze olifant te denken. Mevrouw zag steeds meer roze olifanten. Er werd besproken dat het hierbij ging om een onschuldige neutrale gedachte. Hoeveel sterker zou dit averechtse effect wel niet zijn bij nare, ongewenste, angst-inducerende gedachten?

Ook werd regelmatig naar voorbeelden gezocht dat intrusies normale verschijnselen zijn, niet te voorkomen en niet te bevechten. Zo vertelde de therapeut dat hij als hij van een flatgebouw omlaagkeek steeds ogenblikkelijk de gedachte kreeg dat zijn lenzen uit zijn ogen zouden vallen en dan ook meteen zijn ogen dichtkneep. Mevrouw vertelde later dat zij soms hieraan terughad als zij weer eens werd overvallen door een nare intrusie. Het hielp haar de intrusie te zien als een rare maar ook zinloze gedachte.

Vervolgens werden de interpretaties van de intrusies opgespoord en uitgedaagd. De belangrijkste negatieve automatische gedachte van mevrouw was: 'Als ik zoiets denk, dan ga ik dat ook doen'. Gedachte en handeling werden verweven. Andere gedachten waren 'Als ik zoiets denk, dan wil ik dat misschien ook wel', en 'Als ik zoiets denk, dan moet ik wel door en door slecht zijn.' Bij het uitdagen van de eerste interpretatie werd met name gezocht naar aanwijzingen die voor en die tegen deze gedachte spraken. Er werd gezocht naar voorbeelden waarin je iemand iets naars toewenste zonder dit ook werkelijk uit te voeren. Met veel moeite wist mevrouw zich te herinneren dat zij eens in een ruzie met haar man had gedacht: 'Val toch dood.' Dit voorval – en het feit dat mevrouw er toen niet van was geschrokken en ook niet naar had gehandeld – werd uitgebreid doorgenomen. Mevrouw vroeg haar twee vriendinnen ook hierover na. Zij rapporteerden veel meer agressieve gedachten over hun partner. In de zitting daarop werd mevrouw gevraagd met hen te bespreken hoe zij reageerden op die gedachten, of zij er bang van werden en zo nee, om te vragen waarom dan niet? Mevrouw voerde deze opdracht – omdat zij zich erg schaamde voor haar klachten en niet wilde dat haar vriendinnen er alles over te weten zouden komen – erg behoedzaam uit. De antwoorden overtuigden haar niet maar zaaiden wel twijfel. Er was één belangrijke tegenwerping: mevrouw had het afgelopen jaar berichten uit kranten verzameld over mensen die in een vlaag van razernij hun kind of hun gezin hadden omgebracht. Het kon dus wel! Er werd uitgebreid stilgestaan bij deze 'bewijzen'. Gevraagd naar wat mevrouw wist over de daders uit de kranten werd besloten dat het hier erg zwakke mensen betrof die grote problemen hadden en bijvoorbeeld erg kwaad waren op hun partner omdat die wilde scheiden. Mevrouw zelf daarentegen was tevreden met haar man en baan en kon over het algemeen erg genieten van haar kinderen. Er was geen sprake van grote problemen of een dreigende scheiding. Als ze geen last had van de nare gedachten zou ze gelukkig kunnen zijn. Hoewel niet geheel overtuigd kon mevrouw uiteindelijk over haar intrusie zeggen: 'Het is alleen maar een gedachte, en een gedachte die voer je niet uit als je dat niet wilt, en dat wil ik niet.'

De overige interpretaties van de intrusies namen ook geleidelijk aan in geloofwaardigheid af nadat deze kritisch waren bekeken op hun houdbaarheid. Met behulp van VAS-schalen – een techniek om eendimensionaal denken te veranderen in meerdimensionaal denken (zie Van Oppen & Emmelkamp, 1991) – werd twijfel gezaaid of mevrouw echt wel zo slecht was. Ook werd gezocht naar aanwijzingen dat mevrouw in plaats van in en in slecht, eerder lief en goed was.

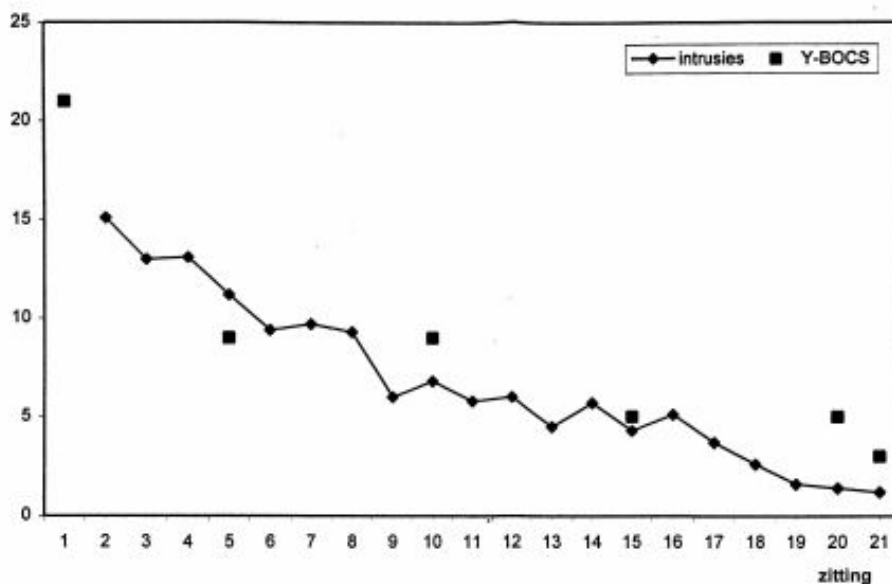
Vanaf zitting tien werd de behandeling meer gedragstherapeutisch van aard. Zo werd een programma van exposure in vivo en responspreventie ingevoerd om het resterende vermijdingsgedrag – wat al sterk was afgenomen – en het nog incidenteel vragen om geruststelling volledig te doen verdwijnen (de kinderen alleen in bad doen, messen op tafel laten liggen, geen geruststelling meer vragen). Ook werd gekeken naar situaties waarin mevrouw met name last had van de intrusies. Dit gebeurde meestal als het erg druk in huis was en de kinderen onrustig waren. Haar man stond haar hierin maar

weinig bij. Met name na zijn werk trok hij zich vaak terug achter zijn krant. In de zitting daarop werd tezamen met de echtgenoot besproken hoe mevrouw tijdens drukke uren wat ontlast en meer gesteund zou kunnen worden. Hierover werden enkele afspraken gemaakt die haar man goed nakwam.

In een laatste fase van de behandeling (vanaf zitting 15) had mevrouw nog enkele intrusies per dag die haar nauwelijks meer beangstigden, alhoewel zij ze erg vervelend vond. Zij wilde ze eigenlijk helemaal kwijt. Er werd mevrouw verteld dat dit waarschijnlijk niet zou kunnen maar dat ze wel kon proberen er zodanig aan te wennen dat zij ze niet meer zou opmerken. Van nu af aan zou ze elke intrusie enkele tellen vast proberen te houden – ze als het ware trachten te projecteren op haar geestesoog – totdat ze er geen last meer van had.

Na deze opdracht – die ook in de zittingen een aantal maal werd geoefend en enig resultaat had – werd de behandeling geleidelijk aan, met steeds grotere tussenpozen tussen de zittingen, afgebouwd. Na 21 zittingen werd de behandeling beëindigd. Mevrouw had vrijwel geen last meer van agressieve intrusies of angsten. Ze kreeg meer steun van haar man dan voorheen en zij voelde zich redelijk gelukkig en tevreden. De grootste verandering vond plaats gedurende het eerste deel van de behandeling (tot zitting 10). Daarna volgde een verdere gestage afname van de klachten.

Voor een daling van het aantal intrusies gedurende de behandeling alsmede de scores op de Y-BOCS (Goodman et al., 1989a en b) op vijf momenten in de behandeling, zie figuur 1.



Figuur 1 Gemiddeld aantal intrusies per dag, en scores op de Y-BOCS.

De heer Van Veen

Vanaf zijn vroege jeugd heeft de heer Van Veen last van dwangklachten. Als hij ruim twintig jaar later hiervoor in behandeling komt, beheerst de dwang zijn leven. Hij herhaalt vrijwel elke handeling die hij doet vier keer – een voor hem veilig getal. Doet hij dit niet dan overvalt hem de gedachte dat hij of zijn moeder zal sterven of ziet hij zijn moeder dood op bed of in een kist liggen. Soms komen deze beelden spontaan op. De heer Van Veen moet dan de handeling die hij op dat moment uitvoerde herhalen totdat het beeld is verdwenen. Dit duurt soms vele minuten waarbij een handeling af en toe wel honderd maal wordt herhaald. Hij is bang dat als hij dat niet doet hijzelf of zijn moeder, in de toekomst, door zijn schuld zal overlijden.

De heer Van Veen werd in eerste instantie behandeld met een zelf-controle programma van exposure in vivo en responspreventie. Doordat hij twee grote crises doormaakte die ten dele het gevolg waren van zijn dwangklachten – zijn vrouw verliet hem en hij kreeg ontslag aangezegd op zijn werk – nam de behandeling veel tijd in beslag. Na 37 zittingen waren uiteindelijk alle dwangrituelen verdwenen. De heer Van Veen herhaalde geen enkele handeling meer en voerde ook in gedachten niets meer uit ‘to put matters right’ (Rachman, 1976). Hij had echter nog veel last van de nare beelden die hem ook nog steeds beangstigden. Drie zittingen verstreken met als thema: ‘Als je maar lang genoeg geen rituelen uitvoert, verdwijnen de beelden vanzelf.’ Dit bleek echter niet zo te zijn. Er trad geen enkele daling op, niet in frequentie, niet in angst.

De strategie werd gewijzigd. Er werd besloten met cognitieve therapie de klachten te doen afnemen. Er werden hiervoor tien zittingen afgesproken. De behandeling begon met een uitleg van het cognitieve model. Ook werd uitgebreid uitleg gegeven over intrusies. Onderzoeken over intrusies werden besproken en het ‘witte beer’-experiment werd gedaan. Het voorkomen van intrusies in de normale bevolking werd door de heer Van Veen ernstig onderschat. Op de vraag: ‘En hoeveel mensen, denkt u, gaven aan dat ze wel eens last hadden van nare en ongewenste gedachten’, antwoordde hij: ‘Eén op de tien.’ Hij was verbaasd dat het er zeker achtmaal zoveel waren. Ook het ‘witte beer’-experiment maakte indruk. Hij kon niet nalaten te denken aan een witte beer. De volgende zitting vertelde hij ook ’s avonds nog vaak een ‘witte beer’ voor zich te hebben gezien.

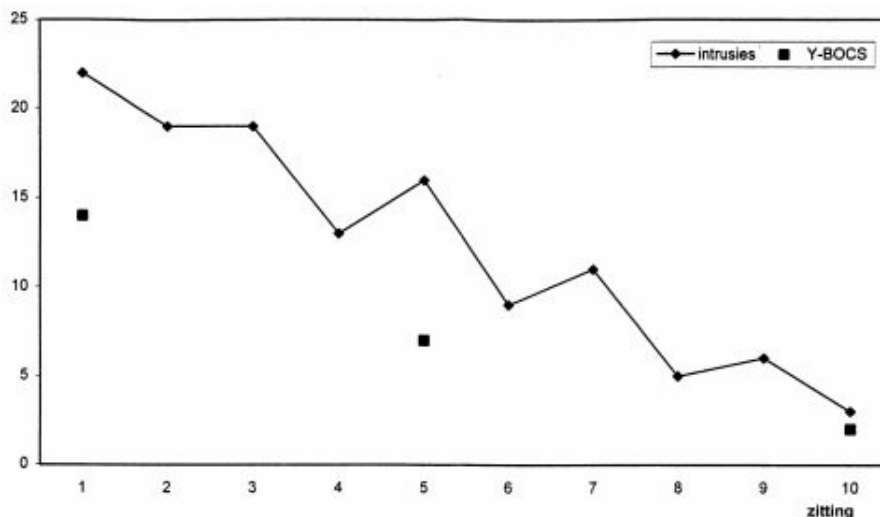
Tijdens de derde zitting werd begonnen met het opsporen en uitdagen van de negatieve automatische gedachten. De centrale gedachten bij de heer Van Veen waren: ‘Als ik mijn handelingen niet herhaal zal er iets ergs met mij of met mijn moeder gebeuren en als dat gebeurt dan ben ik verantwoordelijk.’ De belangrijkste ondersteuning voor deze gedachten vormden voor de heer Van Veen de intrusies: ‘Die heb je niet zomaar, die moeten iets betekenen.’

In eerste instantie werd gezocht naar situaties waarin hij last had gehad van een nare intrusie en niet had herhaald. De heer Van Veen wist zich enkele keren, lang geleden, te herinneren. Er werd geconcludeerd dat dit niet had geleid tot een ernstige ziekte (of dood) van hemzelf of zijn moeder. Erg veel twijfel riep dit niet op. Volgens hem zou er alsnog iets kunnen gebeuren. De tijdsperiode waarin hem of zijn moeder iets zou kunnen overkomen nadat hij een handeling niet had herhaald, was voor zijn gevoel onbepakt. Er werd geprobeerd op een andere wijze twijfel te zaaien. In een poging het perspectief te veranderen (zie Van Oppen & Emmelkamp, 1991) werden allerlei oorzaken besproken waaraan zijn moeder zou kunnen overlijden. Ook dit had geen

duidelijk succes. Hoewel de heer Van Veen vele oorzaken kon aangeven, was uiteindelijk alles toch gerelateerd aan het niet herhalen van een handeling na een gedachte dat zijn moeder dood zou gaan. Daarop werd een verklaring gezocht waarom zijn moeder zo'n belangrijke rol speelde in zijn angsten. De heer Van Veen was enig kind, zijn ouders waren al vroeg gescheiden en zijn moeder had hem daarna, met veel bezorgdheid, alleen opgevoed. De sterke band die gekenmerkt werd door weinig ambivalenties werd besproken. Het werd de heer Van Veen duidelijk waarom juist zijn moeder voorkwam in zijn intrusies.

Het merendeel van de gesprekken ging over verantwoordelijkheid en schuld. De gedachte: 'Ik ben verantwoordelijk voor de dood van mijn moeder als zij sterft en ik niet voldoende heb herhaald', werd voornamelijk bestreden door het herhaaldelijk bespreken van de aard en het voorkomen van intrusies. Maar ook werd onderscheid gemaakt in verantwoordelijk voelen en verantwoordelijk zijn: met de heer Van Veen werd besproken hoe een rechtbank over hem zou oordelen als zijn moeder zou overlijden en hij in staat van beschuldiging zou worden gesteld. Er werd een rollenspel gedaan waarin de therapeut de aanklager speelde en de heer Van Veen zichzelf moest verdedigen – en dit, met enige hulp, adequaat deed. Er werd ook een gedragsexperiment afgesproken. Omdat de heer Van Veen dacht dat zijn gedachten iemand zouden kunnen doden werd hem verzocht dit uit te proberen op een plant. Er werd een sterke plant uitgekozen, om het toeval zoveel mogelijk uit te sluiten, en de heer Van Veen werd gevraagd om een aantal maal per dag, voor een periode van twee weken, naar de plant te kijken en te denken: 'Ga dood'. Het experiment maakte niet veel indruk. De heer Van Veen vond het te ver van zijn intrusies afstaan. Een bewust opgeroepen gedachte had volgens hem geen negatief effect op anderen, een opeens in het bewustzijn binnendringende gedachte wel (zie ook Arts & Severeijns, 1998).

Hoewel geen van de interventies meteen effectief was, ging de heer Van Veen het toch steeds geloofwaardiger vinden dat hij niet verantwoordelijk was voor zijn intrusies en riepen deze steeds minder angst op. Het aantal intrusies nam geleidelijk aan af. Na tien zittingen was het aantal verminderd van 22 naar 3 per dag. De score op de Y-BOCS daalde van 14 naar 2 (zie figuur 2). Na nog drie zittingen met tussenpozen van enkele maanden, werd de behandeling in gezamenlijk overleg afgesloten. Het ging goed met hem. Hij had geen dwangklachten meer en voelde zich sterker dan ooit tevoren.



Figuur 2 Gemiddeld aantal intrusies per dag, en scores op de Y-BOCS.

Nabespreking

Beide patiënten werden niet klachtenvrij ontslagen. Een aantal maal per week hadden zij nog last van nare en ongewenste intrusies. Bij beiden beïnvloedden deze het dagelijkse leven echter niet meer. Als zij er nog van schrokken dan duurde dit niet langer dan enkele seconden. Beiden accepteerden het als een 'geestelijke hik': lastig maar niet iets om je verder druk om te maken.

De cognitieve therapie leidde snel tot een sterke afname van de intrusies. Na de uitleg over intrusies en enkele sessies discussie over de interpretatie ervan had de grootste verandering al plaatsgevonden. Daarna volgde een langzame, gestage, verdere verbetering. Hoewel geen van de interventies onmiddellijk aantoonbaar effectief was, was het waarschijnlijk de kracht van de herhaling die de verandering bracht. Beide patiënten gaven na afloop van de behandeling aan het meest te hebben gehad aan de herhaalde uitleg over de aard en het voorkomen van intrusies. Het 'witte beer'-experiment werd erg zinvol gevonden. Voor beide patiënten was het een openbaring dat gedachten die onderdrukt worden zich in het bewustzijn blijven opdringen. Het experiment was zodoende effectief in het versterken van de geloofwaardigheid van de uitleg over de intrusies.

De afname van de intrusies is waarschijnlijk te verklaren door de vermindering van de angst die de intrusies oproepen. Een minder catastrofale interpretatie van een intrusie zal minder angst geven. Het is bekend dat blootstelling aan stress leidt tot een toename van ongewenste intrusies (zie Rachman & Hodgson, 1980). Een afname van stress, in dit geval een daling van angst, spanning en onrust door een succesvolle cognitieve therapie, heeft mogelijk het omgekeerde effect.

Het was moeilijk gedragsexperimenten te bedenken bij beide patiënten. Bij mevrouw Van Willingen waren de (mogelijke) consequenties te verschrikkelijk om een

gedragsexperiment uit te voeren (haar kind of man vermoorden), bij de heer Van Veen gold tevens dat de gevolgen op de lange termijn konden plaatsvinden (zijn moeder kon pas over twintig jaar doodgaan). Het door hem uitgevoerde experiment ('Denk een plant dood') had voor hem weinig realiteitswaarde. Het week te veel af van de binnendringende beelden over zijn moeder. Het is onduidelijk of door dit experiment toch een zekere afstand ontstond tot de intrusie zoals Freeston, Rheaume en Ladouceur (1996) suggereren op hun suggestie 'Denk uw goudvis dood'.

Mevrouw Van Willingen werd erg geholpen door het inwinnen van informatie bij vriendinnen. Informatie inwinnen wordt meestal geen gedragsexperiment genoemd. Toch kan het wel als zodanig gezien worden: het betreft het toetsen van de juistheid van een bepaalde, eerder besproken, gedachte. Bij mevrouw Van Willingen werd eerst gezocht naar wat zij dacht dat haar vriendinnen zouden zeggen, vervolgens wordt dit kritisch bekeken en een nieuwe verwachting geformuleerd. Het inwinnen van informatie was een toets om te bepalen welke verwachting juist was. Zo toegepast is informatie inwinnen een gedragsexperiment. Afgezien hiervan waren er geen gedragsexperimenten mogelijk.

Verantwoordelijkheid is een belangrijk concept in het cognitieve model van een dwangstoornis (Salkovskis, 1985; Van Oppen & Arntz, 1993; Rachman, 1993). Bij patiënten met intrusies staat centraal de overtuiging hiervoor verantwoordelijk te zijn en de plicht te hebben ervoor te zorgen dat deze gedachten geen werkelijkheid worden. Er is een catastrofale misinterpretatie van het belang van ongewenste binnendringende gedachten (Rachman, 1997). Dit is niet de enige misinterpretatie van intrusies. Ook intolerantie voor onzekerheid en perfectionisme kunnen een rol spelen (Freeston, Ladouceur, Gagnon & Thibodeau, 1993; Rheaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur, 1995). Zonder het bespreken van deze misinterpretaties lijkt een succesvolle behandeling niet haalbaar. Patiënten met alleen dwanggedachten – die aan hun intrusies een grote werkelijkheidswaarde toekennen – dienen uiteindelijk ervan overtuigd te zijn dat intrusies zinloze en lege gedachten zijn die zij niet kunnen controleren, waar zij niets over te zeggen hebben en waar zij niet verantwoordelijk voor zijn.

Abstract

In this article a cognitive therapy of obsessions is described with two patients with an obsessive-compulsive disorder. The treatment consisted of (a) an explanation of the cognitive model with an emphasis on the difference between intrusions and negative automatic thoughts, (b) repeated explanation about intrusions – intrusions are normal and increase by thought-suppressing – on the basis of research and the 'white bear' experiment, (c) changing the negative automatic thoughts by discussion and (d) behavioural experiments to verify the correctness of the interpretation. Both patients strongly improved. Although they still had intrusions, occasionally, it didn't make them anxious any more, nor did they perform any

(cognitive) rituals. Both patients show that cognitive therapy may be a successful treatment for obsessions.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arts, W., & Severijns, R. (1998). Complicaties bij de cognitieve behandeling van een dwangstoornis. *Directieve Therapie*, 18, 366-377.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., & de Haan, E. (1993). Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 119-123.
- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 252-268.
- 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.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population. II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 263-271.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charny, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., & Charny, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). *De Ambulante Behandeling van Dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., & Duivenvoorden, H. (1988). A decision model in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 152, 516-521.
- Kirk, J.W. (1983). Behavioural treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 57-62.
- Lavy, E.H., & van den Hout, M. (1990). Thought suppression induces intrusions. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 251-258.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- Oppen, P. van, & Arntz, A. (1993). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Oppen, P. van, & Emmelkamp, P. (1991). Cognitieve therapie bij dwangstoornissen. *Directieve Therapie*, 11, 333-344.
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Dijk, R. van (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 403-410.

- Rachman, S. (1976). The modification of obsessions. A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S.J. (1983). Obstacles to the succesful treatment of obsessions. In E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in Behavior Therapy*. New York: Wiley.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rheaume, J., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- 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 persistance of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M. (1989b). Obsessive and intrusive thoughts: clinical and non-clinical aspects. In P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F. Kraaimaat & M.J.M. van Son (Eds.), *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Salkovskis, P.M., & Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 1-8.
- Salkovskis, P.M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Trinder, H., & Salkovskis, P.M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: long-term suppression increases intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 833-842.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carler, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxal effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.