



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

Obsessieve-compulsieve stoornis: een protocollaire behandeling op maat

Marc Verbraak en Erik ten Broeke

SAMENVATTING Dit is een voorpublicatie van hoofdstuk 6 uit *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie* (complete gegevens zie hierna). De auteurs behandelen de diagnose, etiologie en behandeling van de obsessieve-compulsieve stoornis, en laten zien hoe dwanggedachten en bijbehorende controlerituelen volgens een geprotocolleerd cognitief-gedragstherapeutisch model effectief kunnen worden aangepakt.

In de tekst wordt een aantal termen gebruikt die wellicht niet zonder meer helder zijn voor wie de eerste hoofdstukken van dat boek nog niet heeft gelezen. We vertrouwen erop dat dit het begrijpen van de tekst niet in de weg staat.

Bron: Broeke, E. ten, Korrelboom, C.W., & Verbraak, M. (red.) (2009). *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocollaire behandelingen op maat*. Bussum: Coutinho.

Inleiding: obsessies en compulsies

In essentie gaat het bij de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) ofwel dwangstoornis in vrijwel alle gevallen om de aanwezigheid van angst- en spanningopwekkende dwanggedachten die worden gevolgd door openlijke (overt) of meer bedekte (covert) angst- en spanningreducerende dwanghandelingen (Emmelkamp, 1982; Rachman & Hodgson, 1980). Dwanggedachten (obsessies) worden daarbij gedefinieerd als ideeën, gedachten, beelden of flitsen die steeds terugkeren of aanhouden en die gepaard gaan met aanzienlijke angst en ongemak. Ze worden ervaren als intrusief, onvrijwillig, zinloos, verwerpelijk en weliswaar als een product van de eigen persoon, maar niet als

DR. M.J.P.M. VERBRAAK is klinisch psycholoog, inhoudelijk directeur van de HSK Groep en hoofdopleider voor gezondheidszorgpsychologen voor het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen/SPON aan de St Radboud Universiteit Nijmegen. Correspondentieadres: m.verbraak@hsk.nl.

DRS. E. TEN BROEKE is klinisch psycholoog, medeoprichter van en verbonden aan Visie, praktijk voor cognitieve gedragstherapie te Deventer en opleider/supervisor voor de vereniging voor gedragstherapie en cognitieve therapie (VGCT) en door de vereniging EMDR Nederland erkend als trainer EMDR.

bij de persoon horend (egodystoon). Onderzoek geeft aan dat intrusieve gedachten als zodanig ook veel voorkomen bij normale proefpersonen. Deze intrusies verschillen qua inhoud niet van de voor de dwangstoornis zo typerende obsessies, maar bij de normale proefpersonen leiden ze niet tot een verstoring van de stemming (Edwards & Dickerson, 1987). Dwanggedachten wijken wat betreft vorm en inhoud duidelijk af van gepieker over werkelijke en dagelijkse problemen.

In kader 1 staat een aantal voorbeelden van veelvoorkomende dwanggedachten.

Kader 1 Voorbeelden van veelvoorkomende dwanggedachten

- Sterk aanhoudende impulsen om een familielid, waar men erg van houdt, te doden.
 - Onophoudelijke zorgen over stof en bacteriën en de kans op besmetting of infecties.
 - Onophoudelijke gedachten over het plaatsvinden van een inbraak, een ontploffing, een overstroming, het uitbreken van een brand of een andere ramp.
 - Steeds terugkerende gedachten over het niet goed afgehandeld hebben van iets, terwijl men eigenlijk weet dat het wel goed is afgehandeld.
 - Godslasterlijke gedachten bij een religieus persoon.
 - Aanhoudende vrees iets te verliezen terwijl het object nauwelijks tot geen echte waarde heeft.
 - Het idee dat 'het' alleen maar goed is wanneer sommige voorwerpen op een bepaalde plaats of in een bepaalde volgorde staan.
 - Overmatige bezorgdheid over het optreden van bepaalde (onhoorbare) geluiden, woorden, cijfers of beelden.
- Bij vrijwel alle patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis spelen dwanggedachten een belangrijke rol. Dwanghandelingen vormen in feite de reactie op een dwanggedachte, zelfs in gevallen waarbij de dwanghandelingen, omdat ze al lang bestaan, een soort van gewoonte zijn geworden. Als de patiënt desgevraagd niet kan aangeven wat de reden is voor zijn dwanghandelingen, kan worden gevraagd naar wat de patiënt denkt dat er zal of kan gebeuren als deze handelingen niet meer uitgevoerd zouden worden. Het antwoord verwijst zonder uitzondering naar de (oorspronkelijke) dwanggedachte.
- Patiënten die uitsluitend last hebben van dwanghandelingen

komen zelden voor. Zeker 80% van de patiënten heeft last van zowel dwanggedachten als -handelingen (Van Oppen & Van Balkom, 2001). Er zijn patiënten die obsessies hebben zonder dat zij ogenschijnlijk last hebben van dwanghandelingen. De schattingen in onderzoek lopen uiteen van 5% (Dowson, 1977) tot 44% (Kirk, 1983). Echter, in bijna al deze onderzoeken is alleen gelet op de aanwezigheid van zichtbare (overt) dwanghandelingen. Bij veel van deze patiënten worden de dwanggedachten vaak door rituelen, die zich in het hoofd van de patiënt voltrekken (covert), geneutraliseerd. Vandaar dat aannemelijk wordt geacht dat slechts een heel kleine groep patiënten alleen van dwanggedachten last heeft. In de diagnostiek bij deze patiënten is het van groot belang een onderscheid te maken tussen de angstwekkende obsessies en de neutraliserende mentale rituelen.

Dwanghandelingen (compulsies) zijn herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen die op een stereotiepe wijze moeten worden uitgevoerd: gedragsmatige, overte rituelen zoals handenwassen, controleren of rechtzetten en mentale, coverte rituelen zoals tellen, bidden of het herhalen van zinnen of woorden. Ze hebben tot doel een bedreigende gebeurtenis of situatie, ingegeven door de dwanggedachte, te voorkomen. Als direct gevolg daarvan treedt een neutralisatie van het vermoede gevaar op, wat leidt tot afname van de spanning waarmee de dwanggedachte gepaard ging. Dwanghandelingen zijn daarmee dan ook in principe vrijwillig van aard; dit in tegenstelling tot de dwanggedachten. De toegepaste handelingen zijn daarin echter weinig realistisch of overdreven.

De patiënt weet in de regel heel goed dat de handelingen weinig realistisch zijn, maar vraag hem of haar niet naar het realistische gehalte van de handeling of de dwanggedachten als ze midden in de dwanghandeling zitten. Op dat moment zal de patiënt de handeling beleven als iets dat *moet* gebeuren. Indien de handeling niet uitgevoerd kan worden, omdat de patiënt wordt tegengehouden of gestoord, kan dat gepaard gaan met een paniekaanval of woede-uitbarsting.

Overigens geldt voor langer bestaande dwanghandelingen vaak dat het gewoontehandelingen zijn geworden. De patiënt voert ze uit omdat hij dat altijd zo doet, zonder een voorafgaande dwanggedachte. Van spanning is dan ook niet of nauwelijks sprake. Hij moet het doen, omdat hij het zo gewend is. Kan de

patiënt zijn handeling om wat voor reden dan ook niet uitvoeren, dan zal hij vaak spanning ervaren en zich de voorafgaande dwanggedachten herinneren.

Net als voor de intrusies geldt voor dwanghandelingen dat deze ook in de normale populatie voorkomen. Wie kent niet de sterke neiging om vlak voor het vertrek naar de vakantiebestemming het gasfornuis, het strijkijzer, de deuren en ramen en/of de reispapieren nog even *extra* te controleren.

Veel van de patiënten zijn op basis van de verschillende dwanghandelingen of rituelen in te delen in groepen. Het gaat dan om de zogenaamde *poetsers* (was/schoonmaakdwang), *checkers* (controledwang), *rumineerders* (herhalingsdwang) en *tellers* (teldwang). Andere voorbeelden van dwanghandelingen zijn het in een specifieke volgorde of op een bepaalde plek of manier neerzetten of -leggen van verschillende voorwerpen om de onrust die optreedt bij een dwanggedachte over symmetrie en orde, te verminderen. Verzamelwoede of het heel langzaam uitvoeren van handelingen, zodat men zeker weet dat het goed is gebeurd (dwangmatige traagheid), zijn andere, maar minder vaak voorkomende voorbeelden van dwanghandelingen. De verschillende typen van dwanggedachten en -handelingen kunnen overigens vaak in elkaar overgaan of naast elkaar voorkomen.

Diagnose

Meneer Bohn (32 jaar), van beroep boekhouder bij een aannemersbedrijf, is vanaf zijn zeventiende bekend met dwanghandelingen. De dwang centreert zich rondom de obsessie een fout gemaakt te hebben of iets over het hoofd te hebben gezien. Dat maakt dat hij al vijftien jaar zowel op het werk als thuis allerlei controlehandelingen uitvoert. Op het werk controleert hij rekeningen en offertes meerdere malen. Als hij merkt dat zijn concentratie verslapt, dan begint hij opnieuw. Hij controleert ook zijn directeur, omdat hij het idee heeft dat die nog wel eens slordig is. Zijn werk is hem steeds meer tijd gaan kosten, waar zijn directeur hem al eerder op heeft aangesproken. Ook thuis voert hij allerlei controles uit, variërend van zijn bankrekeningen tot kranten en reclamefolders. Dit laatste doet hij om toch echt niets wat maar op de een of andere manier voor hem van belang zou kunnen zijn, over het hoofd zien. In het begin kon hij de controles nog wel zinvol vinden, maar omdat hij er steeds meer tijd in is gaan steken en hij juist tegen zijn bedoeling in negatief commentaar kreeg van zijn directeur, heeft hij er meer last van gekregen.

Sinds zijn huwelijk twee jaar geleden, waarbij hij stiefvader werd

van de twee dochters uit een eerder huwelijk van zijn vrouw, heeft hij de angst deze dochters van 7 en 9, iets seksueel gewelddadigs aangedaan te hebben. Dergelijke gedachten en beelden kan hij sindsdien ook bij andere mensen hebben. Als hij zulke beelden krijgt kan hij daar danig van in paniek raken. De angst neemt af als hij God in gedachten om vergeving vraagt, als hij bidt of als hij een andere persoon om geruststelling kan vragen. Als hij een van die dingen gedaan heeft, dan voelt hij zich weer beter, maar hij blijft wel angstig dat de gedachten en beelden weer terugkomen. Daarom vermijdt hij nabijheid van vooral vrouwen. Hij kijkt als het erg druk is, op straat mensen bij voorkeur niet aan. Stel je voor dat hij een vrouw ziet en hij weer zondige gedachten van seksuele aard zou kunnen krijgen.

Nadat de seksueel getinte obsessies waren begonnen, is hij zich steeds somberder gaan voelen. Deze somberheidsklachten kenmerken zich, naast een vrijwel altijd aanwezige sombere stemming, in gebrek aan energie, gering gevoel van eigenwaarde en concentratieproblemen. Van een depressie in engere zin is geen sprake geweest, zodat bij intake naast de OCS ook een dysthyme stoornis wordt vastgesteld.

Ten slotte valt op dat bij de patiënt een aantal dwangmatige persoonlijkheidskenmerken als perfectionisme, overmatige toewijding aan het werk, preoccupatie met details en moeite om taken te delegeren aan anderen, te herkennen zijn.

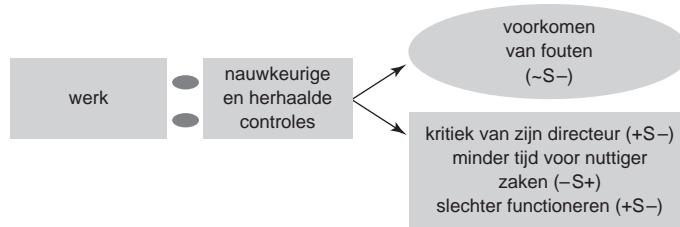
De behandeling tot dan toe heeft vooral bestaan uit het voorschrijven van verschillende soorten medicatie. Behalve wat praatgroepen op een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) heeft hij nog niet eerder specifieke cognitieve gedragstherapie voor zijn dwangstoornis gehad.

Wil er sprake zijn van een OCS, dan geldt voor al deze vormen van dwanggedachten en dwanghandelingen dat ze beperkend zijn voor het dagelijks functioneren van de persoon die er last van heeft, maar soms ook voor diens omgeving. De ernst van deze stoornis varieert per persoon. Sommige mensen hebben milde klachten, anderen lijden zeer onder de rituele gedragingen die soms een hele dag in beslag kunnen nemen. In de diagnostische criteria van de DSM-IV (APA, 1994) dient de patiënt meer dan een uur per dag last te hebben van obsessies of compulsies, voordat de diagnose gesteld mag worden. Daarbij is het vaak zo dat de dwang ertoe heeft geleid dat de patiënt plaatsen, omstandigheden of mensen is gaan vermijden om te voorkomen dat er obsessieve angsten optreden. Zo kan iemand met een wasdwang het ontvangen van visite gaan vermijden om te voorkomen dat er bacteriën het huis in komen waardoor men nog meer schoon zou moeten maken. Iemand met een controledwang kookt niet meer om het gasfornuis niet te hoeven gebruiken, maar deze persoon kan

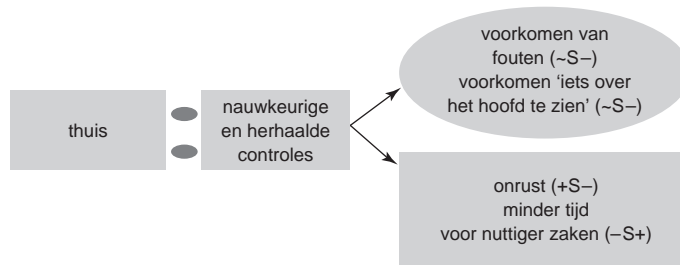
ook de partner vragen om de controles uit te voeren. Partners worden ook vaak om geruststelling gevraagd, wat eveneens een rituele handeling kan worden. Partners werken in de praktijk vaak mee om de 'lieve vrede' te kunnen bewaren, ook al is duidelijk dat het de problemen eerder erger dan minder erg maakt. Kortom, de wereld van de patiënt kan zo steeds kleiner worden en vaak kunnen uiteindelijk ook conflicten met de partner of andere familieleden ontstaan, omdat ze gek worden van de rituelen.

Over het algemeen zal het stellen van de diagnose OCS weinig problemen opleveren. Een belangrijke valkuil bij het stellen van de diagnose is niettemin dat dwangverschijnselen op zichzelf zo gemakkelijk te herkennen zijn. Er is echter een aantal aandoeeningen die dwangverschijnselen als epifenomeen hebben, maar waarbij de diagnose toch een andere blijkt te zijn. Wil de diagnose OCS gesteld kunnen worden, dan mag er geen sprake zijn van een andere stoornis, die de verschijnselen beter verklaart. Zodra de diagnose is gesteld kan in principe direct worden gezocht naar een protocollaire behandeling. Denkend vanuit Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie (GCGt)¹ worden daaraan voorafgaand functieanalyses (FA's) en/of betekenisanalyses (BA's) opgesteld die, voor wat betreft hun consequenties voor de te volgen behandeling, veelal vergelijkbaar kunnen zijn met hetgeen de protocollaire behandeling voorschrijft. Aangezien de klachten van meneer Bohn zich het sterkst manifesteren als problematisch (dwang)gedrag, wordt begonnen met een FA. Van daaruit kunnen nadere analyses worden opgesteld. In het geval van meneer Bohn kunnen in eerste instantie bijvoorbeeld de volgende analyses worden opgesteld (figuur 1 t/m 4).

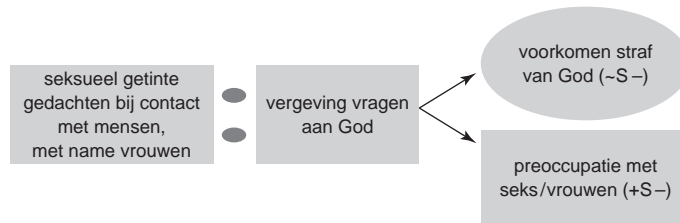
1 GCGt verwijst naar de gewone cognitief-gedragstherapeutische behandelpraktijk, waarin er onder meer naar wordt gestreefd om, op basis van inzichten in de experimentele psychologie, de werkzaamheid van *evidence-based* behandelprotocollen te begrijpen (a) en deze behandelprotocollen zo nodig aan te passen en aan te vullen met of zelfs incidenteel te vervangen door interventies die worden geselecteerd of ontwikkeld op basis van geïndividualiseerde zoekschema's die eveneens voortborduren op inzichten binnen de experimentele psychologie (b).



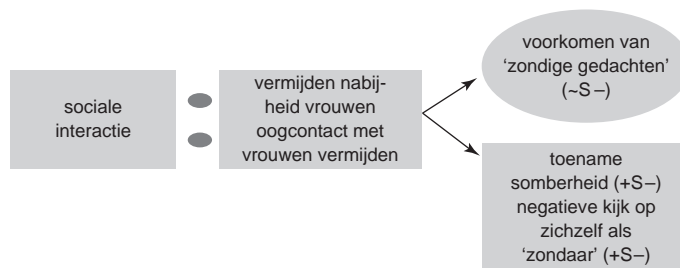
Figuur 1.



Figuur 2.



Figuur 3.



Figuur 4.

De aldus opgestelde FA's geven in eerste instantie geen aanleiding af te wijken van de standaardbehandeling van OCS, te weten responspreventie en exposure in vivo.

De dwanggedachten en dwanghandelingen mogen geen direct gevolg zijn van drugs of medicatie of van een lichamelijke aandoening. Zo kunnen obsessies en compulsies ontstaan na een hersentrauma (voorgeschiedenis van verwonding, ziekte of geboortecomplicatie). Daarbij kunnen de optredende dwangverschijnselen rechtstreeks veroorzaakt worden door de hersenbeschadiging. Ze verschillen dan van een OCS doordat er geen angst bij is en ze meer stereotiep worden uitgevoerd. In dergelijke gevallen hebben de gedachten en handelingen meestal geen zinnige inhoud en/of missen ze een duidelijke intentie. Het hersentrauma kan echter ook een uitlokkende factor van een OCS zijn, hetgeen kan leiden tot een omgekeerde foute diagnose dat als er een hersentrauma is, het dus hersenpathologie en geen OCS is.

Er zijn nogal wat aandoeningen waarbij sprake is van bijkomende min of meer intrusieve gedachten en controlerituelen. Deze aandoeningen staan kort beschreven in kader 2. Ook aandoeningen waarbij intrusies en het onvermogen impulsieve neigingen te weerstaan een rol spelen, bijvoorbeeld trichotillomanie (haar uittrekken), kunnen aanleiding zijn tot onjuiste diagnostiek. Het gaat bij deze zogenaamde impulscontroleproblemen niet om dwanghandelingen, maar om dranghandelingen. De inhoud van de gedachten en/of activiteiten die bij deze stoornissen horen, is in vergelijking tot de OCS zeer specifiek en welomschreven, terwijl ze oppervlakkig beschouwd wel gemakkelijk, maar onterecht voor een OCS aangezien kunnen worden.

Kader 2 Aandoeningen met bijkomende min of meer intrusieve gedachten en mogelijk controlerituelen

Dysmorphobie

Intrusies en controlerituelen, gegroepeerd rond de gedachte dat er iets mis is met het lichaam waardoor men lelijk of misvormd is.

Hypochondrie

Gedachten exclusief gericht op de angst voor het hebben of krijgen van een ernstige ziekte ten gevolge van het verkeerd of overdreven interpreteren van lichamelijke sensaties, waarop men ook nog eens erg let.

Specifieke fobie

Intrusies en controlerituelen, gegroepeerd rondom een specifieke situatie of een specifiek object.

Sociale fobie

Intrusieve gedachten over angst voor beoordeling.

Paniekstoornis en agorafobie

Intrusieve gedachten flauw te vallen, de controle te verliezen of dood te gaan.

Gegeneraliseerde angststoornis

Gedachten slaan op alledaagse beslommingen als geldzorgen, opvoedkundige problemen en problemen op het werk, en hebben meer de vorm van piekeren en worden als reëel, egosyntoon en minder intrusief ervaren.

Een lastig probleem vormt het onderscheid tussen een depressieve stoornis en dwangklachten. Er zijn nogal wat depressies die gepaard gaan met obsessies en soms ook met dwanghandelingen. Wanneer mensen niet depressief zijn, verdwijnen deze klachten weer. Niet minder dan 25% van de obsessies zou alleen bij depressies voorkomen (Hoogduin, 1986).

Verdellen, Hoogduin, De Kemp, Methorst en Verbraak (1996) adviseren als volgt te onderscheiden. Wanneer de patiënt aan ten minste vier van de volgende kenmerken voldoet, is de kans dat het om een depressieve stoornis in plaats van een OCS gaat, zeer hoog:

1. Dwangklachten treden op na het ontstaan van de depressieve klachten.
2. De dwangklachten volgen dezelfde dagschommeling als de depressieve stemming.
3. De klachten hebben een episodisch karakter.
4. De dwangklachten lieten in het verleden een positieve reactie zien op een niet-serotonineheropnameremmend antidepressivum, de zogenoemde TCA's.

5. De obsessies hebben een suïcidale of homocidale inhoud.
6. De klachten zijn relatief kort aanwezig.
7. Depressies komen in de familie voor.

Blijft staan dat 30 tot 50% van de patiënten met een OCS tevens voldoet aan de criteria voor een depressieve stoornis of dysthymie. Meestal is een OCS zo demoraliserend dat zich uiteindelijk een secundaire depressieve stoornis ontwikkelt naast de OCS. Het tot ontwikkeling komen van een depressieve stoornis uit een OCS komt driemaal zo vaak voor als het ontwikkelen van een OCS uit een depressie (Clark, 2004).

Bij een waanstoonnis, psychotische stoornis of schizofrenie worden de daarbij passende gedachten als een sterke overtuiging met een grote mate van correctheid beleefd (= *waan*). De gedachten die bij deze stoornissen passen, worden daardoor als eigen aan de persoon ervaren. De patiënt met OCS ervaart zijn obsessies wel als een product van de eigen geest, maar vereenzelvigd zich daar niet mee. Hij weet dat zijn obsessies uiteindelijk onzinnig zijn. In het geval van ticstoornissen gaan er meestal geen specifieke gedachten aan de handelingen vooraf. Als er veel tics zijn is het meestal geen OCS, maar gaat het om allerlei stereotiepe handelingen, die niet gericht zijn op het neutraliseren van toekomstige rampen, overmatige verantwoordelijkheid en angst.

Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Ten slotte mag de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (OCPS) niet onvermeld blijven als diagnose waarmee OCS kan worden verward. Bij deze stoornis ontbreekt de angst en worden de symptomen ervaren als bij de persoon horend. Daarnaast is er niet overduidelijk sprake van obsessies en/of angstneutraliserende handelingen. De kern van de OCPS is de preoccupatie met orde, perfectionisme en mentale als wel interpersoonlijke controle ten koste van flexibiliteit, openheid en efficiëntie (APA, 1994). Er is wel gedacht dat het hebben van een OCPS een etiologische voorwaarde is voor de ontwikkeling van een OCS. Bij OCS komen persoonlijkheidsstoornissen in 50 tot 65% van de gevallen voor, maar daarbinnen zijn de afhankelijke en ontwijkende persoonlijkheid de meest voorkomende en niet de OCPS. Het zou kunnen zijn dat bepaalde typen van de OCS, zoals checken en twijfelen, wel een grotere samenhang met de OCPS vertonen, maar dat kan vooral zitten in de samenhang tussen specifieke kenmerken van de persoonlijkheidsstoornis, zoals perfectionisme, en de OCS, en niet zozeer in de persoonlijkheidsstoornis als

geheel. Perfectionisme, een onderdeel van de OCPS, is sterker aanwezig in patiënten met OCS dan in normale controleproefpersonen (Clark, 2004).

Rekening houdend met bovengenoemde criteria en differentiaalagnostiek blijkt uit epidemiologisch onderzoek dat de lifetime prevalentie van OCS gemiddeld genomen op 2,3% geschat kan worden (Van Oppen & Van Balkom, 2001). De gemiddelde leeftijd van ontstaan van de dwangstoornis ligt rond het twintigste jaar. Tien procent van de patiënten krijgt dwangklachten voor het tiende levensjaar en 9% nog na het veertigste (Black, 1974). De gemiddelde tijd van aanmelding voor behandeling ligt op ongeveer tien jaar nadat de stoornis zich heeft gemanifesteerd. Zowel mannen als vrouwen krijgen deze stoornis, die bij mannen vaak op iets jongere leeftijd begint dan bij vrouwen. Vrouwen hebben vaker last van agressieve dwanggedachten en was-/schoonmaakdwang. Mannen hebben vaker last van dwanggedachten met een seksuele inhoud of met een inhoud gericht op symmetrie en orde. Zij hebben ook vaker last van controledwang.

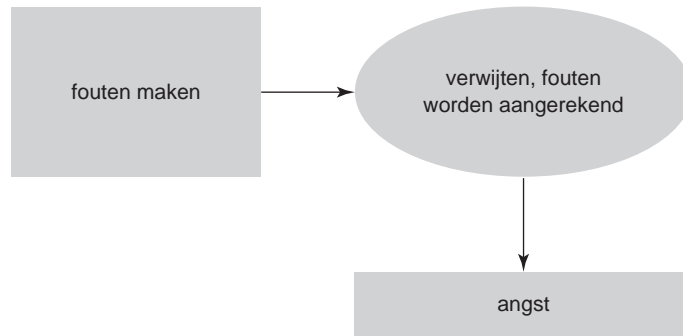
Etiologie

Meneer Bohn vertelt dat de dwang volgens hem begonnen is nadat hij zich op 17-jarige leeftijd actief had aangesloten bij een relatief strenge geloofsgemeenschap. 'Het goede doen' stond vanaf dat moment hoog in zijn vaandel, maar leidde ook meteen tot twijfel of hij dat wel had gedaan. Dit resulteerde in dwangklachten, in eerste instantie vooral bestaand uit het controleren van deuren, ramen, lichtschakelaars, enzovoort. Zijn angst is dat hij nalatig is geweest, waarmee hij zichzelf en anderen schade zou kunnen berokkenen. Als hij zich schuldig zou maken aan nalatigheid, dan zouden anderen hem dat terecht kwalijk kunnen nemen. Uiteindelijk zou dat ertoe kunnen leiden dat hij na zijn overlijden niet in de hemel kan komen.

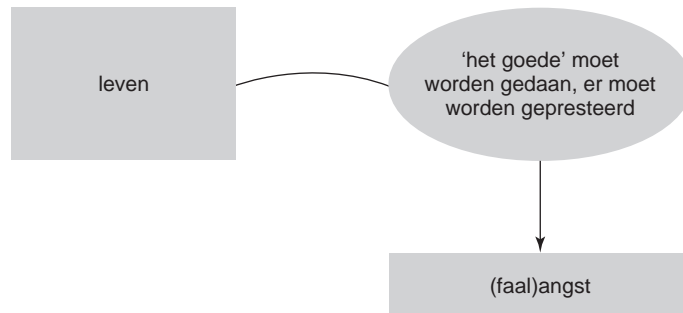
Van belang is dat de patiënt vertelt opgegroeid te zijn in een klimaat waarin hij het in zijn beleving nooit goed genoeg deed. Als hij iets had gedaan of bereikt waar hij zelf wel tevreden over was, dan wist zijn vader wel weer iets te vinden wat er niet aan deugde. Hij voelde en voelt dan ook een grote prestatiedruk.

De etiologische gegevens bieden de mogelijkheid om in aansluiting op de eerder opgestelde FA's zogenaamde BA's op te stellen. Voor een deel bieden BA's de mogelijkheid de informatie omtrent de aard en etiologie van de klachten van een patiënt in een onderlinge samenhang weer te geven. Daarnaast kunnen vaak min of meer standaardanalyses worden opgesteld op basis

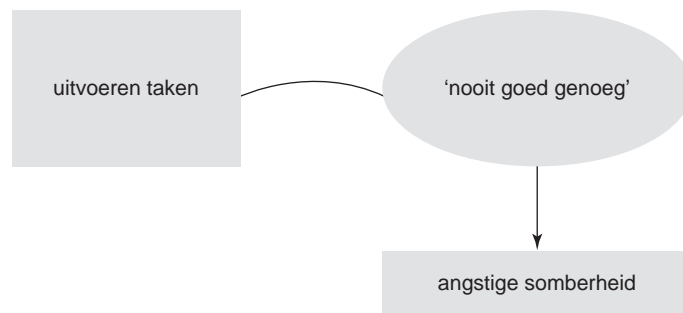
van de kennis die in de psychologische wetenschap is verzameld. Naarmate dergelijke analyses 'verder weg' liggen bij de concrete gegevens die gedurende een intake van een patiënt zijn verzameld, zullen ze sterker de status hebben van hypothesen (figuur 5 t/m 7).



Figuur 5.



Figuur 6.



Figuur 7.

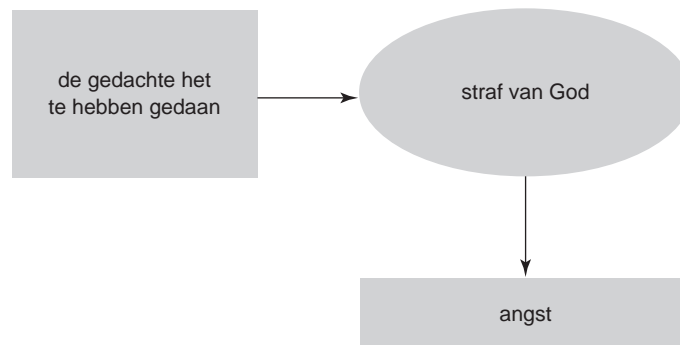
Uit de experimentele psychopathologie is bekend dat intrusies voor mensen met OCS een andere betekenis hebben dan voor mensen zonder. Kennelijk activeren intrusies bepaalde kennisbestanden die ertoe leiden dat de intrusies als ernstig en bedreigend worden ervaren. Denkend vanuit GCGt kan dit in het geval van meneer Bohn met behulp van een aantal BA's als volgt worden weergegeven. Telkens wordt aangegeven welke mogelijke interventies zouden kunnen worden ingezet (figuur 8 t/m 10).



Figuur 8.



Figuur 9 . Socratische, cognitieve uitdaging.



Figuur 10 . Socratische, cognitieve uitdaging.

Een dwangstoornis ontstaat meestal geleidelijk en begint vaak al in de puberteit. Een duidelijke oorzaak voor het ontstaan is niet altijd te geven. Uit biologisch onderzoek zijn er aanwijzingen dat erfelijkheid een rol kan spelen. Daarnaast bestaan er verschillende studies die laten zien dat de OCS iets te maken heeft met een abnormale stofwisseling in specifieke gedeelten van de hersenen. Ook zijn er aanwijzingen voor abnormaliteiten in het functioneren van neurotransmitters, met name serotonine, en neuropeptiden. De gebieden in de hersenen die bij deze afwijkingen betrokken lijken te zijn, zijn de frontale delen van de hersenen en de basale ganglia (Emmelkamp, Ehring, & Powers, 2008). In de frontale kwabben is er sprake van meer hersenactiviteit dan gebruikelijk, terwijl in de basale ganglia juist minder sprake van activiteit is (Van Oppen & Van Balkom, 2001). Een verklaringsmodel voor OCS (Saxena et al., 1998, in Van Oppen & Van Balkom, 2001) dat hieruit naar voren is gekomen, is dat in het geval van OCS het directe circuit tussen de basale ganglia en de frontale kwabben hyperactief is. Dit directe circuit zou betrokken zijn bij het uitvoeren van repetitieve gedragingen. Een tweede, meer indirect circuit tussen deze hersengebieden, gericht op het stoppen met deze repetitieve gedragingen, zou daarbij minder actief worden. De orbitofrontale hersenschors speelt een belangrijke rol in het bemiddelen tussen zich afwisselende taken en brengt veranderingen aan in gedrag wanneer er sprake is van keuzes. Een storing in deze hersengebieden kan leiden tot een toename van weinig zinvol en zich herhalend gedrag en van twijfel. Het is vooralsnog onduidelijk of de biologische verschijnselen en afwijkingen, zoals gevonden in onderzoek, de OCS veroorzaken of er het gevolg van zijn.

Voor OCS zijn niet alleen biologische, maar ook meer psychologische verklaringen. Een van deze verklaringen, het zogenoemde spanningsreductiemodel, gaat uit van het effect dat OCS heeft op het reduceren van angst en onrust (Emmelkamp, 1982). Aan dit model is later een tweede verklaring gekoppeld, het zogenoemde cognitieve model (Salkovskis, 1985; Salkovskis & Kirk, 1997). Volgens dit model leggen mensen met OCS in allerlei situaties snel de verantwoordelijkheid bij zichzelf als men denkt dat er sprake is van naderend onheil. De OCS wordt zodoende gezien als – respectievelijk – een uit de hand gelopen manier van omgaan met spanning en een manier om de kans op toekomstige calamiteiten te verminderen en daarmee de verantwoordelijkheid te neutraliseren.

Het spanningsreductiemodel is een leertheoretische verklaring voor dwanggedrag gebaseerd op de tweefactorentheorie van Mowrer. Mowrer (1960) hield oorspronkelijk twee leertheoretische paradigma's verantwoordelijk voor de acquisitie en handhaving van angst en vermijdingsgedrag, te weten klassieke en operante conditionering. Klassiek geconditioneerde angst, als gevolg van een traumatische gebeurtenis, zou leiden tot het ontstaan van ontsnappingsgedrag zoals dwanghandelingen. Dit leidt vervolgens tot een angstreductie en daarmee tot een versterking van de dwanghandelingen. Op dit moment is er echter vanuit wetenschappelijk onderzoek nauwelijks enige aanleiding te veronderstellen dat klassieke conditionering een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van dwanggedrag. Hoewel patiënten soms wel melding kunnen maken van traumatische gebeurtenissen in samenhang met de ontwikkeling van hun klachten, leidt een traumatische gebeurtenis op zichzelf zelden direct tot een dwangstoornis. Het komt soms voor dat de dwangverschijnselen ontstaan na een crisis of ingrijpende gebeurtenis in iemands leven. Dergelijke gebeurtenissen kunnen zoveel spanning met zich meebrengen dat een OCS ontstaat. Dit is het geval wanneer men gelijktijdig met de gebeurtenissen leert dat bepaalde handelingen in reactie op een bepaalde spanningverhogende situatie of omstandigheid, een angstverminderend en opluchtinggevend effect hebben. Dit soort spanningsvolle, ingrijpende gebeurtenissen zijn echter lang niet bij iedereen met een OCS te herkennen (Emmelkamp, 1982).

Meer empirische evidentie werd gevonden voor de rol van operante conditionering, het tweede element van de tweefactorentheorie, namelijk dat er angstreductie optreedt door het uitvoeren van rituelen (spanningsreductiemodel). Rachman en Hodgson (1980) toonden aan dat de confrontatie met de angstwekkende stimulus bij de meeste patiënten leidde tot een toename van de angst en spanning op zowel

instrumenten van zelfrapportage als op fysiologische maten. Het uitvoeren van rituelen leidde tot een duidelijke en snelle daling van de angst en spanning. Het niet uitvoeren van rituelen (responspreventie) leidde pas na enige tijd tot een afname van de spanning.

Salkovskis (1985) ontwikkelde een cognitief verklaringsmodel voor de dwangstoornis. Daarin veronderstelt hij dat de dwangklachten beginnen bij intrusies: vervelende, ongewenste gedachten die in iemands bewustzijn binnendringen en waar men geen controle over heeft (bijvoorbeeld 'heb ik het gas wel dichtgedraaid?' of 'zijn mijn handen wel goed schoon?'). Deze 'vragende' intrusies worden bij een dwangstoornis op een negatieve manier geëvalueerd ('het gas staat vast nog open, dadelijk ontploft het huis' en 'mijn handen zijn vast nog vies, dadelijk besmet ik iemand'). Deze interpretatie van de intrusies noemt men meestal negatieve automatische gedachten. Deze ontstaan doordat de intrusies disfunctionele overtuigingen bij de patiënt activeren, dat wil zeggen, inadequate of overdreven regels of opvattingen over zichzelf, anderen en de wereld, vaak al op vroege leeftijd gevormd door opvoeding en andere invloedrijke leerervaringen. Intrusies lokken, met andere woorden, disfunctionele opvattingen uit. Deze disfunctionele opvattingen betreffen onder meer de kans op onheil en de verantwoordelijkheid die de patiënt ervaart om het onheil niet te laten plaatsvinden. De negatieve automatische gedachten en disfunctionele opvattingen gaan gepaard met gevoelens van onbehagen, angst en somberheid. Deze vergroten op hun beurt weer de aandacht voor intrusies.

In het cognitieve model neemt het neutraliseren de vorm aan van vrijwillig geïnitieerde activiteiten, gericht op het reduceren van de verantwoordelijkheid voor onheil. Het neutraliseren kan zowel overt als covert zijn. De poging de obsessies door deze inspanning te onderdrukken leidt tot over-controle en preoccupatie met de disfunctionele aannames. Over-controle leidt tot geruststelling en geruststelling bekrachtigt wederom het verantwoordelijkheidsbesef (Salkovskis & Kirk, 1997). Het cognitieve model stelt de evaluatie van de obsessies, dat wil zeggen de disfunctionele opvattingen en de denkfouten die hierbij gemaakt worden, centraal. Deze evaluatie wordt als aangrijpingspunt voor verandering gezien. Zou in de evaluatie het element van verantwoordelijkheid ontbreken, maar slechts de zorg omtrent het gevaar of het kwaad bestaan, dan zou dit niet leiden tot een dwangstoornis, maar tot angst en depressieve klachten, zo stelt Salkovskis (1985). De disfunctionele opvattingen worden vergezeld door denkfouten. De meest kenmerkende denkfout voor de obsessieve-compulsieve patiënt zou de gedachte zijn dat 'elke invloed op de uitkomst gelijk staat aan verantwoordelijkheid voor de uitkomst' (Salkovskis & Kirk, 1997).

Freeston en collega's (1997) erkennen net als Salkovskis het belang van verantwoordelijkheid, maar benadrukken tevens de rol van het overschatten van het gevaar, de intolerantie voor onzekerheid en perfectionisme als belangrijke elementen in het cognitieve verklaringsmodel. Wells (1997) benadrukt binnen dit model tevens het metacognitieve aspect van de betekenis van het hebben van intrusies voor de patiënt. Ook suggereert hij dat er verschillende vormen van neutraliserend gedrag zijn. De ene vorm heeft het doel negatieve gevolgen te voorkomen. De andere vorm staat vooral ten dienste van spanningsvermindering. Wells benadrukt ook het belang van het door de therapeut onderkennen van de strategieën in het richten van de aandacht door patiënten en het daardoor juist in stand houden van de dwangklachten. Op grond van deze ideeën heeft de Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 1997) voor patiënten met een dwangstoornis de in kader 3 weergegeven typerende cognitieve problemen geformuleerd.

Kader 3 Typerende cognitieve problemen bij OCS

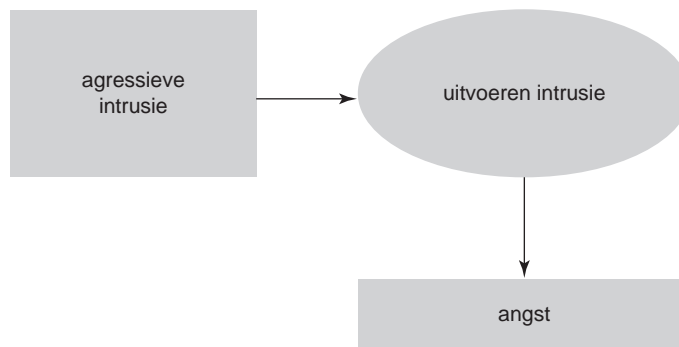
- *Een opgeblazen gevoel van verantwoordelijkheid.* Men heeft de mogelijkheid om negatieve gevolgen te veroorzaken en te voorkomen. Daarom moet de patiënt alles in het werk stellen om de gevreesde gevolgen te voorkomen, of te blijven controleren dat alles wat men gedaan of nagelaten heeft geen negatieve consequenties heeft gehad. Verantwoordelijkheid wordt daarbij niet verzacht door andere factoren (bijvoorbeeld een geringe kans van vóórkomen van de gevreesde gevolgen).
- *Overmatig belang van gedachten.* Het hebben van een gedachte over een bepaalde gebeurtenis die zou kunnen plaatsvinden, vergroot de kans op het plaatsvinden van de gebeurtenis (*Likelihood thought-action fusion; L-TAF, meestal aangeduid als TAF, dus zonder de L*). Het hebben van een gedachte over het uitvoeren van een bepaalde negatieve daad is net zo erg als het ten uitvoer hebben gebracht van die daad (*Moral thought-action fusion; M-TAF*). Dat laatste wordt regelmatig ten onrechte door de patiënt (en soms ook nog therapeut) uitgelegd als een verborgen verlangen om de daad ook echt uit te voeren.
- *Overschatting van het gevaar.* Een overdreven inschatting van de waarschijnlijkheid of ernst van het gevaar.

- *Controleerbaarheid van gedachten.* Men dient invloed uit te oefenen op het vóórkomen van gedachten en men is daar ook toe in staat (eigenlijk een *metacognitie*).
- *Intolerantie van onzekerheid.* Het geloof dat het absoluut noodzakelijk is om zaken zeker te weten, en dat wanneer men niet zeker kan zijn van zijn zaak, men daar niet mee om kan gaan. Dit geloof is vaak gerelateerd aan de overschatting van het gevaar en het opgeblazen gevoel van verantwoordelijkheid.
- *Perfectionisme.* Het idee dat er maar één juiste manier is om iets te doen en dat het verplicht is om het dan ook echt zo te doen. Het maken van een kleine fout staat gelijk aan totaal falen.

Er zijn enige onderzoeksbevindingen die steun bieden aan het bovenstaande cognitieve model van de dwangstoornis. Zoals al eerder aangegeven komen intrusies ook veel voor bij normale proefpersonen, maar leiden ze bij hen niet tot een verstoring van de stemming (Edwards & Dickerson, 1987). Obsessieve-compulsieve patiënten behalen hogere scores op instrumenten die verantwoordelijkheidsbesef meten dan normale proefpersonen en patiënten met een andere angststoornis (Salkovskis & Kirk, 1997). Perfectionisme, overschatting van gevaar en intolerantie voor onzekerheid lijken inderdaad ook een rol te spelen bij de dwangstoornis (De Haan, 1997).

Echter, de verschillende onderzoekers zijn het nog oneens over welke disfunctionele opvatting het belangrijkste is en hoe groot de rol van elke overtuiging is. Met name Salkovskis vindt verantwoordelijkheid het belangrijkste. Maar dit speelt, bijvoorbeeld, bij smetvrees vaak een veel kleinere rol dan bij controle-dwang. Bij mensen met controledwang speelt met name een overdreven verwachting van gevaar een doorslaggevende rol (Jones & Menzies, 1997; Menzies, Harris, Cumming & Einstein, 2000). Daarbij komt nog eens bij dat de meeste opvattingen niet exclusief voor de dwangstoornis zijn. Perfectionisme bijvoorbeeld, komt bij meer klachtengebieden voor en ook bij veel mensen zonder klachten. De OCCWG (2001) vond bijvoorbeeld geen verschil in perfectionisme tussen dwangpatiënten en patiënten met andere angststoornissen.

Met betrekking tot de zogenoemde TAF, M-TAF en de in de literatuur eveneens genoemde TEF (*Thought-Event Fusion*) kan in termen van BA's op twee manieren tegen deze fenomenen worden aangekeken. TAF kan zowel in een sequentiële als in een referentiële BA worden beschreven (figuur 11).



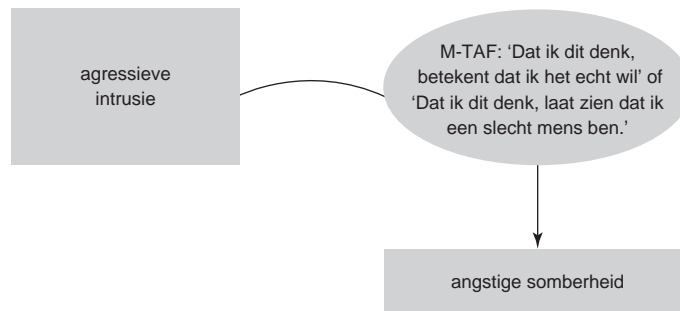
Figuur 11. *Sequentiële BA van een TAF.*

Redenerend vanuit deze BA zou men kunnen kiezen voor exposure aan de intrusie om te onderzoeken of de gevreesde actie inderdaad optreedt. Het uitdenken van de intrusie is daarvan in feite een voorbeeld (figuur 12).



Figuur 12. *Referentiële BA van een TAF.*

M-TAF wordt in alle gevallen in een referentiële BA beschreven (figuur 13).



Figuur 13. Referentiële BA van een M-TAF.

Denkend vanuit deze referentiële BA's zouden de te kiezen interventies gericht moeten worden op onderzoek naar de juistheid van het door de patiënt veronderstelde achterliggende principe waaraan de TAF ten grondslag ligt. Hiertoe kunnen, naast gedragsexperimenten, allerhande cognitieve interventies worden toegepast (zie bijvoorbeeld Wells, 1997).

Uiteindelijk zal duidelijk zijn dat het in de psychologische theorievorming rondom het ontstaan en in stand blijven van de dwangstoornis gaat om een probleem dat opgevat kan worden als een weerspiegeling van irreële, problematische verwachtingen en betekenisverlening. Daarbij is vanuit een etiologisch standpunt niet uit te sluiten dat deze verwachtingen en betekenisverlening een gevolg in plaats van een oorzaak van de dwangstoornis zijn (Clark, 2004).

Behandelingen en wetenschappelijke evidentie

De mogelijkheden tot behandeling van de OCS hebben zich de laatste 35 tot 40 jaar goed ontwikkeld. De stoornis was allang voor die tijd bekend, maar tot de jaren zeventig van de vorige eeuw stond ze bekend als nauwelijks te beïnvloeden. In die tijd bestonden de aanbevolen behandelingen nog uit ondersteunende gesprekken, langdurige hospitalisatie en psychochirurgie (Salkovskis & Kirk, 1989). Met andere woorden, het leek een therapieresistente aandoening.

Het was Meyer die in 1966 als eerste een succesvolle gedragstherapeutische behandeling van patiënten met OCS beschreef. Hij benadrukte het belang van het voorkomen van dwanghandelingen tijdens

en tussen de behandelafspraken en introduceerde hiermee de techniek van de responspreventie. Tevens beschreef hij toen de geleidelijke exposure aan spanningopwekkende stimuli. Hij zag deze techniek echter als ondergeschikt aan de responspreventie. Rachman, Hodgson en Marks (1971) voegden, voortbordurend op het werk van Meyer, exposure in vivo aan de behandeling toe. Daarmee kreeg de gedrags-therapeutische behandeling van OCS, die bestaat uit exposure en responspreventie, zijn uiteindelijke vorm. Aanvankelijk werden deze interventies vooral binnen een klinische context beschreven en toegepast (Meyer, Levy & Schnurer, 1974; Rachman & Hodgson, 1980). Tegenwoordig is de ambulante behandelvariant, die gebruikmaakt van zelfcontroletechnieken, echter veel gebruikelijker (Emmelkamp, 1982; Hoogduin, 1986; Hoogduin, De Haan, & Schaap, 1992).

Behandeling met exposure in vivo en responspreventie is in een groot aantal onderzoeken effectief bevonden, hoewel de meeste patiënten na afloop van de behandeling niet klachtenvrij waren (Werkgroep Angststoornissen, 2003). De eerste studies betroffen klinisch uitgevoerde behandelingen, latere onderzoeken toonden aan dat ambulante behandelingen even effectief zijn (Emmelkamp, 1982; Emmelkamp, Bouman, & Scholing, 1989; Hoogduin, 1986; Marks, 1987). Inmiddels is aangetoond dat exposure in vivo en responspreventie ook werkzame behandelstrategieën zijn in geval van comorbiditeit naast de OCS (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000). Met andere woorden, de resultaten behaald in experimentele studies zijn generaliseerbaar naar de patiënten in de alledaagse klinisch praktijk. Ten slotte hebben follow-uponderzoeken laten zien dat de algemene verbetering van 70 tot 80% na een behandeling met exposure en responspreventie in ieder geval tot 4,5 jaar na behandeling aanhoudt (Kasvikis & Marks, 1988; Marks, 1987; O'Sullivan & Marks, 1990; Visser, Hoekstra, & Emmelkamp, 1992). Het is gebleken dat zowel exposure in vivo als responspreventie noodzakelijke ingrediënten voor een effectieve behandeling zijn. Exposure alleen leidt tot meer angstreductie en minder verbetering op het gebied van de uitvoer van dwanghandelingen, terwijl voor responspreventie het omgekeerde geldt (Foa, Steketee, Grayson, Turner, & Latimer, 1984; Foa, Steketee, & Milby, 1980). Wat betreft exposure in vivo bleek dat graduele exposure even effectief is als *flooding*, dat in de eigen omgeving, zelfstandig uitgevoerde exposure en responspreventie vergelijkbaar effectief zijn met door de therapeut gecontroleerde exposure en responspreventie en dat het van belang is de exposuresessies lang genoeg te laten duren. De frequentie van de sessies blijkt geen invloed te hebben op het uiteindelijke behandelresultaat (zie voor een overzicht: Van Oppen & Van Balkom, 2001). Ten slotte blijkt het effect van de behandeling niet toe te nemen wanneer de

partner standaard bij de behandeling betrokken wordt (Emmelkamp, De Haan, & Hoogduin, 1990).

Min of meer parallel vond de ontwikkeling van de medicamenteuze behandeling van de OCS plaats. Van Reynghe de Voxvrie (1968) onderzocht als eerste het effect van clomipramine bij patiënten met een OCS. Eerder in de jaren zestig van de vorige eeuw was gevonden dat bij depressieve patiënten die behandeld werden met dit middel, naast een verbetering van de stemming, ook een afname van aanwezige dwangklachten plaatsvond (Fernandez & Lopez-Ibor, 1967). Clomipramine bleek in de studie van Van Reynghe de Voxvrie bij een substantieel deel van de patiënten tot een reductie van de dwangklachten te leiden. Aanvankelijk ging men er nog vanuit dat dit effect op de dwangklachten secundair zou zijn aan het effect op de depressie. Latere studies lieten niettemin zien dat ook niet-depressieve patiënten met OCS goed reageerden op clomipramine. Andere tricyclische antidepressiva bleken overigens minder effectief te zijn.

Het effect werd uiteindelijk gerelateerd aan het centrale serotonerge effect van clomipramine. Sinds de introductie van de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) worden deze dan ook op grote schaal toegepast bij de behandeling van OCS (Van Balkom & Van Vliet, 1999). Inmiddels is van vijf SSRI's – te weten citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline – en het tricyclische antidepressivum clomipramine vastgesteld dat ze effectiever zijn dan een placebo. Door een behandeling met een SSRI of clomipramine verbetert 40-60% van de patiënten klinisch relevant. Onder invloed van deze middelen nemen zowel dwanggedachten, dwanghandelingen, angst in het algemeen en eventueel aanwezige depressieve klachten af. Deze antidepressiva dienen bij OCS in de regel gemiddeld wel hoger gedoseerd te worden dan bij de depressieve stoornis. Lagere doseringen kunnen in individuele gevallen niettemin eveneens effectief zijn. Het niet-reageren op een bepaald antidepressivum zegt niets over een eventuele positieve reactie op een ander middel. In het geval van een non-respons kan dus ook een ander serotonerg werkend antidepressivum geprobeerd worden (zie: Van Oppen & Van Balkom, 2001; Werkgroep Angststoornissen, 2003).

Ten slotte is nog niet zo lang geleden een placebogecontroleerd onderzoek afgerond waaruit blijkt dat in geval van non-respons op behandeling met antidepressiva de additie van een atypisch antipsychoticum als quetiapine alsnog bij een aanzienlijk deel (40%) van de patiënten een respons teweegbrengt (Denys, De Geus, Van Megen, & Westenberg, 2004). Eerdere open studies lieten een dergelijk resultaat ook al zien in het geval van additie van atypische antipsychotica als risperidon (McDougle, Epperson, Pelton, Wasylink, & Prica, 2000) of olanzepine (Koran, Ringold, & Elliott, 2000). Op basis van onder-

zoeksgegevens mag men er overigens van uitgaan dat de kans vrijwel 100% is dat de patiënt terugvalt na het staken van de medicatie (Pato, Zohar-Kadouch, Zohar, & Murphy, 1988).

De behandeling van meneer Bohn start na de fase van psycho-educatie en het geven van de rationale van de behandeling met een inventarisatie van zijn dwanghandelingen. Aan de hand daarvan worden exposure- en responspreventieopdrachten opgesteld en geordend naar moeilijkheidsgraad. Deze opdrachten zorgen ervoor dat er exposure plaatsvindt aan de situatie of gebeurtenis die wordt gevreesd, zonder dat de dwanghandeling wordt uitgevoerd. Per zitting worden de opdrachten geëvalueerd en worden er nieuwe meegegeven. Het gaat daarbij om opdrachten als 'de bankafschriften maximaal één keer controleren' (in plaats van de eerder gebruikelijke drie keer) en 'slechts anderhalf uur uittrekken voor het lezen van de zaterdagkrant' (waar hij daar eerder een halve dag over deed omdat hij alles meende te moeten lezen en geen selectie maakte). Aangezien de patiënt er geen vertrouwen in heeft dat als hij een opdracht goed kan uitvoeren, dat ook voor een daaropvolgende moeilijkere opdracht zal gelden, wordt de vooruitgang steeds per stap gezet. Er vindt niet automatisch generalisatie plaats. Gaandeweg worden de stappen die hij kan nemen wel steeds groter. Zeker in het begin zijn de stappen steeds klein om hem zelfvertrouwen te geven en teleurstelling te voorkomen.

Het komt regelmatig voor dat een patiënt langzaam verbetert of slechts een kleine verbetering laat zien in de beginfase van een behandeling. Dit kan bij de behandelaar ongeduld oproepen en twijfel aan de toch als succesvol bekendstaande behandeling. De neiging kan dan ontstaan het over een andere boeg te gooien in de behandeling. Op basis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek heeft de behandelaar dan wellicht (te) positieve verwachtingen. Hier wreekt zich mogelijk ook een tekort aan kennis omtrent de onderzoeksresultaten. Een nadere nuancering van de onderzoeksgegevens is hier op zijn plaats.

Er werd al eerder opgemerkt dat een succesvolle behandeling niet noodzakelijkerwijs betekent dat de patiënt klachtenvrij is. SSRI's hebben een *responsrate* van 40 tot 60%, waarbij 20 tot 40% klachtenreductie optreedt (Stanley & Turner, 1995). Bij veel patiënten die een SSRI gebruiken, treden min of meer ernstige bijwerkingen op, waardoor patiënten stoppen met het gebruik van de medicatie. Bij bijna 100% van de patiënten die stoppen met de medicatie als monotherapie, keren de dwangklachten weer terug (Greist, Jefferson, Kobak, Katzelnick, & Serlin,

1995). In geval van een behandeling met CGT is bij ongeveer 20% van de patiënten het effect van de behandeling onvoldoende (Ballenger, 1999). Daarbij kan worden aangetekend dat bij het bepalen van succespercentages de therapieweigeraars en -uitvallers vaak niet worden meegerekend. Wanneer dat wel wordt gedaan, is er bij 50% van de patiënten geen sprake van succes (Van Balkom et al., 1994). Het is belangrijk hierbij op te merken dat in therapie-effectstudies het resultaat van de behandeling vaak over slechts een beperkte tijd van acht tot zestien weken wordt gemeten. Er zijn aanwijzingen dat een langere behandeling met CGT tot een hoger succespercentage leidt (De Haan et al., 1997). Deze belangrijke bevinding kan de behandelaar helpen niet te snel ontmoedigd te raken, wanneer het behandelresultaat na een tiental sessies nog slechts bescheiden is. Het is van belang dat de behandelaar zich uitdrukkelijk inspant om de patiënt optimaal en voortdurend te motiveren (Hoogduin et al., 1992). Dit betekent dat de behandelaar ervoor moet zorgen om niet te hoge eisen te stellen of een te hoog tempo aan de behandeling te willen geven. De volgende adviezen kunnen helpen om de interventies en opdrachten in een passend tempo te laten verlopen en onnodige druk op de patiënt te voorkomen.

De behandelaar kiest steeds voor geleidelijke exposure en responspreventie of geleidelijke opbouw van de medicatie en weerhoudt zich van het zetten van te grote stappen. Elke stap en elke afspraak wordt met de patiënt voorbereid en besproken. Ideeën van de patiënt over de te volgen aanpak van adviezen of opdrachten thuis verdienen de voorkeur. De behandelaar en de patiënt moeten duidelijk en in onderling overleg overeenkomen wat de te behalen einddoelen zijn omtrent wanneer, hoe vaak en hoe lang bepaalde uit de hand gelopen normale handelingen uitgevoerd mogen worden. De behandelaar dient zich te realiseren dat patiënten met dwangverschijnselen vaak ernstig geïnvaleerd zijn. Hij doet er verstandig aan reeds bij aanvang van de behandeling de mogelijkheid van een crisis of een tijdelijke terugval te voorspellen. Ook moet hij voldoende anticiperen op nieuwe problemen en creatief zijn in het vinden van oplossingen. De behandeling van patiënten met een OCS vraagt bij uitstek om inventiviteit om in de dagelijkse omgeving van de patiënt naar praktische en werkbare oplossingen te zoeken. Ten slotte kan het, in verband met het isolement waarin de patiënt vaak verkeert, van belang zijn een maximale bereikbaarheid te regelen. Dit kan eventueel in samenwerking met collega's

(Verbraak et al., 2004). Ook het gebruik van contact per e-mail biedt daarbij goede mogelijkheden.

Een belangrijke reden voor het uitblijven van een duidelijk resultaat kan zijn dat de patiënt niet registreert of zijn opdrachten niet, of niet volgens afspraak, uitvoert. De valkuil voor de behandelaar is dat deze daar te gemakkelijk in meegaat, vaak op grond van overgevoeligheid voor allerlei argumenten van de patiënt. Het is voor een dwangpatiënt zeker geen sinecure om te registreren en oefenopdrachten te maken. De volgende aanbevelingen kunnen een en ander vergemakkelijken, zonder concessies te doen aan de uitgangspunten van de behandeling.

Wanneer er sprake is van zowel dwanghandelingen als cognitieve rituelen, dan verdient het de voorkeur de dwanghandelingen te laten registreren. Soms wisselt de duur van de handelingen, waarbij het verstandig is de totale duur van de handelingen te registreren, zodat een patiënt aan het eind van de dag bijvoorbeeld zes uur zijn handen heeft gewassen. Dit is op een eenvoudige manier mogelijk met een stopwatch. Vinden dwanghandelingen de hele dag door plaats, dan verdient een samplemethode de voorkeur. Dit betekent dat op één of twee vaste uren van de dag de frequentie of duur van de dwanghandelingen bijgehouden wordt. De uren waarop geregistreerd wordt, dienen wel representatief te zijn voor de dwanghandelingen over de hele dag. Een tweede methode om de registratieopdracht te beperken is de patiënt te vragen één of twee representatieve dwanghandelingen, in plaats van alle dwanghandelingen, bij te houden. Een andere mogelijkheid is het bijhouden van het dwangvrije gedrag, de dwangvrije tijd of dwangvrije plaatsen in huis. Wanneer de patiënt het registreren niet kan opbrengen, kan men de partner vragen te registreren.

Voor het welslagen van de behandeling is het van belang dat de exposure- en responspreventieopdrachten trouw worden uitgevoerd. Deze dienen daarom eenduidig en altijd in onderling overleg te zijn opgesteld. Bij de bespreking van deze opdrachten doet de behandelaar er verstandig aan geen genoegen te nemen met de opmerking 'Ik zal het proberen'. In een dergelijk geval dient de opdracht bijgesteld te worden, zodat de patiënt zichzelf in staat acht de opdracht uit te voeren (Verbraak et al., 2004). Belangrijk is om steeds te verwijzen naar het doel van de opdrachten, namelijk het testen en falsificeren van de negatieve angstwekkende verwachtingen die aan de dwang ten grondslag

liggen. Maak ook steeds een verbinding met de alternatieve opvattingen. De patiënt houdt zo scherp waarom hij die opdrachten krijgt.

Van latere datum dan de behandeling met exposure en responspreventie en clomipramine is de ontwikkeling van cognitieve therapie bij de OCS. Deze ontwikkeling kwam mede voort uit het uitblijven van volledig herstel bij een groot aantal patiënten die waren behandeld met exposure en responspreventie. Meyer merkte in 1966 al op dat het belangrijk is om in de behandeling de verwachtingen van patiënten, om schade aan zichzelf of aan anderen te berokkenen, te ontkrachten. Omdat obsessies bij uitstek bestaan uit ongebruikelijke en verstoorde denkpatronen, lag een cognitieve benadering als aanvulling voor de hand (Salkovskis, 1985). Later werden cognitieve interventies ook ontwikkeld tot een meer zelfstandige behandelmethodede (Salkovskis & Kirk, 1997).

Emmelkamp, Visser en Hoekstra (1988) en Emmelkamp en Beens (1991) vergeleken het effect van cognitieve therapie in de vorm van Rationeel-Emotieve-Therapie ten opzichte van exposure en responspreventie. Zij vonden dat cognitieve therapie alleen of in combinatie met exposure en responspreventie even effectief is als exposure en responspreventie alleen. Ook Van Oppen et al. (1995) vonden dat cognitieve therapie, zoals beschreven en ontwikkeld door Beck en Salkovskis, even effectief is als exposure in vivo en responspreventie. Gedragsexperimenten in de vorm van exposureachtige opdrachten waren in hun studie na de eerste zes zittingen cognitieve therapie echter een essentieel onderdeel van de cognitieve behandeling. Freeston et al. (1997) toonden aan dat cognitieve therapie effectief is bij personen met dwanggedachten gevolgd door cognitieve rituelen, maar zonder overte dwanggedragingen. Over de effecten van cognitieve therapie op langere termijn zijn nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar. Bij de combinatie van exposure en responspreventie met cognitieve therapie tot CGT wordt verondersteld dat de cognitieve therapie drempelverlagend werkt met betrekking tot de bereidheid om tot exposure over te gaan. Daarnaast kan ze behulpzaam zijn in het draaglijk maken van de subjectieve risico's waarmee het niet-uitvoeren van de dwanghandeling in het kader van de responspreventie gepaard zou gaan. Weten dat er feitelijk geen sprake is van een risico dan wel een reële inschatting van de ernst van de verwachte ellende leidt vanzelfsprekend tot een veel grotere bereidheid het risico 'aan den lijve' te ondervinden. Als zodanig kan er een motiverende werking van cognitieve therapie uitgaan.

De exposure en responspreventieopdrachten in de behandeling van

meneer Bohn worden aangevuld met cognitieve interventies en gedragsexperimenten om de patiënt het belang van de responspreventieopdrachten duidelijk te maken en hem te motiveren om ermee aan de gang te blijven. Ten aanzien van de controledwang laat de patiënt in 25 behandelzittingen een duidelijke en goede verbetering zien. Wat blijft zijn de 'zondige' seksuele obsessies en zijn dwangmatigheid.

Als volgende stap in de behandeling worden eerst de seksueel getinte obsessies aangepakt. Naast responspreventieopdrachten ten aanzien van vergeving en geruststelling vragen en het bidden, wordt veel aandacht besteed aan cognitieve therapie. Daarin staat met name de opvatting centraal dat hij in staat zou zijn anderen kwaad te doen. Deze opvatting gaat vooraf aan zijn volgende veronderstelling, namelijk dat indien hij een ander kwaad doet, hij niet in de hemel komt. Duidelijk is dat hij het hebben van dergelijke seksueel getinte obsessies gelijkstelt aan het uitvoeren daarvan. Dit vindt hij moreel verwerpelijk. Binnen de cognitieve therapie wordt dan ook gebruikgemaakt van gedragsexperimenten, waarin deze M-TAF centraal staat. Zo wordt het volgende gedragsexperiment door meneer Bohn uitgevoerd (zie ook Morrison & Westbrook, 2004; zie ook Ten Broeke, Van der Heijden, Meijer, & Hamelink, 2008). Hiervoor is een formulier voor gedragsexperimenten ingevuld:

1. **Formuleer de oorspronkelijke, vermoedelijk disfunctionele opvatting en bepaal de geloofwaardigheid.**

Als ik gedachten heb over seks, dan moet ik dat ook wel willen.

Geloofwaardigheid: 80.

Als ik deze gedachten heb over seks dan zal ik het ook wel echt doen. Geloofwaardigheid: 60.

2. **Formuleer een realistisch en evenwichtig alternatief en bepaal de geloofwaardigheid.**

Ik heb deze gedachten over seks omdat ik ze eigenlijk zo verwerpelijk vind. Geloofwaardigheid: 50.

Gedachten kunnen me niet zomaar wat laten doen. Geloofwaardigheid: 60.

3. **Bedenk een passend gedragsexperiment. Beschrijf zo exact mogelijk hoe het experiment eruitziet.**

Drie keer per week ga ik in de winkel bij de kassa met de langste rij op een halve meter afstand achter een vrouw staan. Ik gebruik geen winkelwagentje, maar een mandje, dat ik niet voor me, maar naast me houd als ik in de rij sta. Vervolgens concentreer ik me op de gedachte dat ik seks heb met deze vrouw.

4. **Stel dat de oorspronkelijke opvatting waar is, hoe zal het experiment dan verlopen? Geef een zo concreet mogelijke beschrijving van onder andere het eigen gedrag en/of het gedrag van anderen.**

Als ik in de buurt kom en blijf van vrouwen dan zal ik de verleiding niet kunnen weerstaan om seks met ze te hebben. Ik zal hen aanraken. De vrouwen zullen afwijzend/uitnodigend op mij reageren.

5. **Stel dat de alternatieve opvatting waar is, hoe zal het experiment dan verlopen? Geef een zo concreet mogelijke beschrijving van onder andere het eigen gedrag en/of het gedrag van anderen.**

Ik voel me onrustig, maar er vindt niets plaats. De vrouwen reageren niet, hooguit een algemene vriendelijke opmerking.

6. **Voer het experiment uit volgens de afspraken.**

Meneer Bohn registreert tijdens het experiment, dat hij in twee weken tijd zes keer zal uitvoeren, steeds de mate van spanning vóór, tijdens en ná de oefening (0-10). Daarnaast registreert hij iedere keer de geloofwaardigheid van de negatieve en alternatieve gedachten na afloop van het experiment.

Na drie weken komt meneer Bohn voor de volgende afspraak kan dan rapporteren over het experiment. Eerst was de afspraak na twee weken gepland. Deze heeft hij echter door omstandigheden moeten afzeggen. In de extra week die hij daardoor gekregen heeft, heeft hij het experiment nog eens drie keer gedaan. Al met al heeft hij het dus negen keer uitgevoerd. De mate van spanning vóór, tijdens en ná de oefening is in eerste instantie hoog geweest, maar daalde al snel en duidelijk tijdens en tussen de oefeningen. Meneer Bohn heeft het experiment steeds zo veel mogelijk volgens opdracht uitgevoerd. Hoewel de rij soms wat kort was, heeft hij onmiskenbaar gemerkt dat hij geen seks heeft gehad met de vrouwen in de rij en hen ook niet heeft aangeraakt. Vanzelfsprekend was er geen sprake van uitnodigende of afwijzende reacties van die vrouwen. Eenmaal zei een vrouw hem vriendelijk gedag.

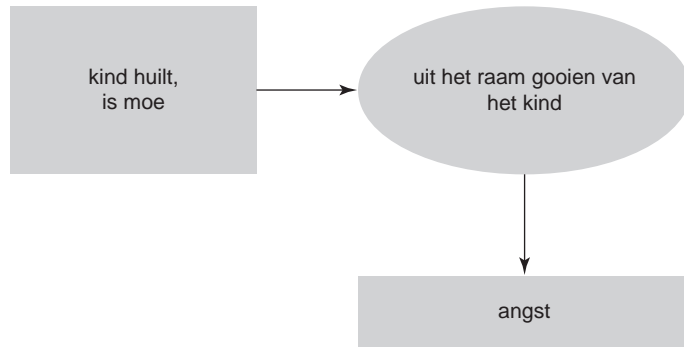
De geloofwaardigheid van de negatieve gedachten na afloop van het experiment is gedaald naar respectievelijk 20 en 0%. De geloofwaardigheid van de alternatieve gedachten is verhoogd naar 70 respectievelijk 100%.

De conclusie van meneer Bohn na dit experiment is: 'iets denken is niet hetzelfde als iets doen'. Toch vindt hij van zichzelf dat hij in staat zou moeten zijn om zijn gedachten te controleren, dan zou hij zich veel rustiger kunnen voelen. Dit is aanleiding voor een volgend gedragsexperiment, waarbij de patiënt om de dag maximale controle uitoefent op zijn gedachten, terwijl hij dat de andere dag zo veel mogelijk achterwege laat. De dagen op deze wijze afwisselend dient hij gedurende twee weken te registreren hoe gespannen hij zich door de dag heen voelt. Hij 'ontdekt' dat op de dagen dat hij maximale controle mag uitoefenen, de spanning steeds erg hoog is, terwijl hij het idee had dat de controle hem zou helpen de spanning te verlagen.

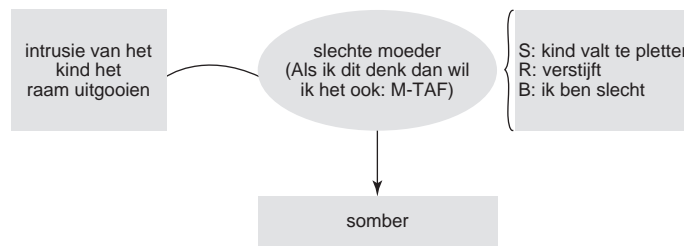
Ook op de dagen dat hij geen controle uitoefent, is de spanning steeds hoog, echter niet hoger dan op de dagen dat hij wel controle mag uitoefenen. Uiteindelijk is de spanning op de dagen dat hij geen controle uitoefent, zelfs net iets lager.

Ondanks het succesvol weten uit te voeren van dergelijke gedragsexperimenten, blijft het behaalde resultaat wel enigszins wankel. Zo belt tijdens de behandeling de heer Bohn een keer in lichte paniek tussen de behandelsittingen door met zijn behandelaar. De obsessie een vrouw seksueel lastig te hebben gevallen was zo sterk aanwezig en riep zo veel angst op, dat hij niet in staat bleek om de geleerde uitdaagtechnieken en reeds geleerde alternatieve gedachten toe te passen. In plaats van dat de therapeut hem helpt bij het uitdagen van de obsessie, stelt hij de patiënt slechts de vraag of hij het seksuele contact prettig had gevonden. In reactie daarop begint de patiënt de therapeut omstandig uit te leggen dat en waarom hij die vrouw toch echt niet seksueel benaderd kan hebben.

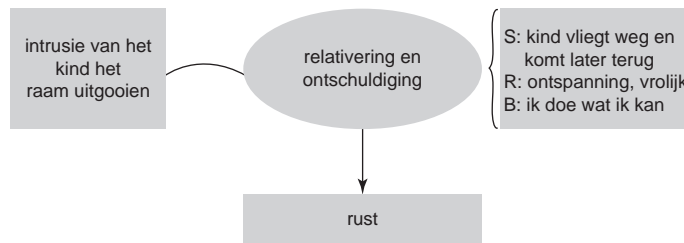
Ten aanzien van de strikt cognitieve interventies is het belangrijk ervoor te waken dat de patiënt de uitdaging niet slechts gaat zien en gebruiken als een alternatieve geruststelling. De uitdaging en met name het uitspreken van de rationele/functionele gedachte kan daarmee verworden tot een nieuw ritueel. Een middel om te voorkomen dat het uitdagen inderdaad een nieuw en vervangend ritueel wordt, is dat de behandelaar en daarmee ook de patiënt gebruikmaakt van verschillende uitdaagtechnieken met betrekking tot eenzelfde onderwerp (Van Oppen, 1999). Sommige patiënten kunnen cognitieve interventies als te aversief ervaren, omdat het oproepen en bespreken van de dwanggedachten te veel angst oproept. Een hulpmiddel om de angst enigszins te beteugelen is een methode die wel *'dream substitution'* of *'rehearsal met goede afloop'* genoemd wordt. Binnen GCGt zou dit een variant van COMET (voorheen: contraconditionering van de CS) worden genoemd. Bij deze methode wordt de patiënt gevraagd zich een situatie voor te stellen die in de regel aanleiding is voor het optreden van de dwanggedachte en deze op cruciale momenten te veranderen in een prettiger beeld. Een voorbeeld is de moeder die de dwanggedachte heeft dat ze haar kind vanaf de vijfde etage uit het raam gooit. In plaats van dat ze zich voorstelt dat het kind neerstort, leert ze zich voor te stellen dat het kind z'n vleugels uitslaat en rustig wegvliegt (De Haan & Verbraak, 1993; figuur 14 t/m 16):



Figuur 14.



Figuur 15.



Figuur 16 . Contraconditionering.

Voor andere patiënten kunnen de cognitieve interventies te rationeel en intellectueel zijn. Een optie is dan om niet uit te dagen, maar te kiezen voor een positieve heretikettering van de dwanggedachte. Een voorbeeld is het positief herlabelen van de dwanggedachte iemand vermoord te hebben en het hebben van deze gedachte zien als bewijs daarvoor, als een teken van een sterk en goed ontwikkeld geweten. Een zo gewetensvol iemand zal natuurlijk geen moord begaan (Verbraak et al., 2004).

Er zijn vooralsnog geen vergelijkende studies verricht waarin antidepressiva direct met cognitieve gedragstherapie zijn vergeleken. Uit meta-analyses komt cognitieve gedragstherapie evenwel als effectiever naar voren dan een behandeling met serotonineheropnameremmers (Van Balkom et al., 1994; Kobak, Greist, Jefferson, Katzelnick, & Henk, 1998). Verder blijken het drop-outpercentage bij behandeling alsmede het terugvalpercentage na behandeling met een antidepressivum groter dan bij cognitieve gedragstherapie. Studies naar combinatiebehandelingen met serotonerge antidepressiva en cognitieve gedragstherapie laten zien dat de meerwaarde daarvan vooral lijkt te zitten in een snellere en, op de korte termijn, sterkere verbetering en in een minder sterke terugval bij het staken van de medicatie (Van Oppen & Van Balkom, 2001). De combinatie lijkt niet beter dan cognitieve gedragstherapie alleen. Er zijn aanwijzingen vanuit vergelijkende studies dat het effect van antidepressiva versterkt wordt door cognitieve gedragstherapie toe te voegen (Van Megen, Tenney, Denys et al., 2004; Werkgroep Angststoornissen, 2003). Dit geldt ook als een respons op alleen een behandeling met een antidepressivum aanvaardbaar uitblijft (Van de Wetering, 2003). Dit maakt dat cognitieve gedragstherapie bij OCS de behandeling van eerste keus is.

Een effectieve cognitieve gedragstherapie gebaseerd op de onderzoeksliteratuur bestaat uit exposure- en reponspreventieopdrachten, cognitieve interventies en gedragsexperimenten (zie ook: Clark, 2004; Verbraak et al., 2004). Maar waarom zijn dergelijke interventies effectief? Waarom werken ze?

Deze interventies hebben gemeen dat ze gericht zijn op het toetsen van irreële verwachtingen (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Deze irreële verwachtingen worden niet zozeer afgeleerd als wel dat er alternatieve, niet-angstwekkende verwachtingen bijgeleerd worden. Hierdoor nemen de angst en onrust af (het zogenaamde principe van *extinctie*) (Craske, & Mystkowski, 2006). De interventies zorgen ervoor dat er naast de representaties van angstwekkende verwachtingen nieuwe, neutrale of meer positieve representaties in het geheugen van de patiënt kunnen ontstaan. Deze alternatieve representaties worden verder ingesleten door een herhaalde uitdaging van de 'oude' representaties en oefening van de nieuwe, functionele representaties. Daarmee kunnen ze uiteindelijk de angstwekkende verwachtingen inhiberen, omdat ze gemakkelijker in het geheugen van patiënten geactiveerd worden. Geheugenrepresentaties die op de voorgrond treden bij het verwerken van informatie sturen immers dit verwerkingsproces. Wanneer de dwangstoornis nog actueel is,

zijn de negatieve representaties verhoogd toegankelijk, hetgeen blijkt uit de intrusieve obsessies. Door de gedragstherapeutische interventies zullen de alternatieve representaties, mits daar goed en voldoende op is gefocust, de overhand krijgen (Brewin, 2006).

Het gaat in de behandeling niet alleen om het toepassen van deze interventies en het begrijpen waar ze voor dienen. Het gaat zeer zeker ook om het goed informeren van de patiënt over wat een OCS is en waarom deze vorm van behandeling daarvoor geschikt is. Tegelijkertijd is registratie van dwanghandelingen of -gedachten op wat voor manier dan ook van groot belang voor het succes van de behandeling. Goed informeren en registreren zijn belangrijke motiveringsstrategieën. In het verlengde daarvan is de therapeutische relatie een factor die niet onderschat moet worden. Zeker ook vanuit de wetenschap dat een behandeling van OCS vergeleken met CGt van andere angststoornissen een groot aantal behandelsessies kan beslaan en de patiënt dus enige tijd tot zijn therapeut veroordeeld is.

In aansluiting op het voorafgaande is het van belang op te merken dat het verband tussen een goede therapeutische relatie en een positief behandelresultaat al vaker en zeker ook voor OCS is vastgesteld (Hoogduin, De Haan, Schaap, & Severijn, 1988). Uit onderzoek is gebleken dat wanneer men bij een groep patiënten met OCS probeert op systematische wijze de therapeutische relatie te verbeteren, de behandelresultaten met niet minder dan 30% gedurende de eerste tien zittingen kunnen verbeteren (Arts, Hoogduin, Keijsers, Severijns, & Schaap, 1994) ten opzichte van een groep patiënten waarbij daaraan niet expliciet aandacht werd besteed. Bij dit onderzoek werd gebruikgemaakt van interventies als het uitdrukkelijk complimenteren, indien van toepassing, van de patiënt met diens doorzettingsvermogen en met de wijze waarop de opdrachten, registraties en adviezen waren uitgevoerd, en in het algemeen de waardering uitspreken voor de patiënt en het zeggen dat hij zo zijn best doet. Het verwaarlozen van het versterken van de therapeutische relatie is in het licht van dit onderzoek dan ook een gevaarlijke valkuil (zie ook Keijsers, Vossen, & Keijsers, 2007).

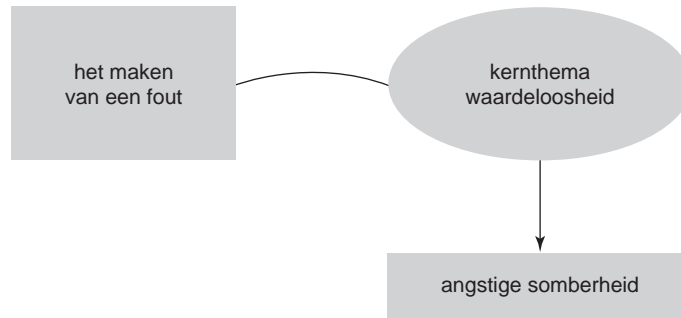
Met behulp van de responspreventieopdrachten en de gedragsexperimenten gericht op zijn seksueel getinte obsessies kreeg de heer Bohn steeds meer grip op deze obsessies. Ze komen nog wel voor, maar minder vaak. Als ze opkomen kan hij er gemakkelijker 'afstand van doen'. Wat blijft zijn nog een beperkt aantal controlehandelingen, gecentreerd op zijn financiële werkzaamheden. Hierin lijkt met name

zijn dwangmatigheid hem parten te spelen. Deze dwangmatigheid is de vertaling van een groot, in feite overmatig, verantwoordelijkheidsgevoel. Hij wil zichzelf en anderen hoe dan ook behoeden voor het maken van een fout. Gaande de behandeling blijkt dat dit is terug te voeren op ervaringen uit zijn jeugd. Zijn vader gaf hem regelmatig de boodschap dat hij het niet goed deed in zijn leven, ook – of misschien wel juist – op momenten dat de patiënt zelf eigenlijk tevreden was. Het levert hem in het dagelijkse leven nog regelmatig de overtuiging op waardeloos te zijn. Deze ervaringen met zijn vader zijn te interpreteren als traumatische ervaringen, zonder dat er sprake is van een posttraumatische stressstoornis. Hij koppelt zelf in ieder geval zijn gevoel van waardeloosheid en zijn reactie (zich erg verantwoordelijk gedragen) aan dergelijke ervaringen met zijn vader. Bij navraag is er een specifieke ervaring met zijn vader die hem nog helder voor de geest staat en die hem ook nu nog een naar gevoel geeft. Hij geeft aan dat dat nare gevoel lijkt op het gevoel dat hij krijgt als hij het idee heeft een fout te hebben gemaakt.

Gedurende drie zittingen wordt door middel van EMDR getracht verandering te brengen in de verwijzing naar waardeloosheid. De bij de patiënt sterk aanwezige koppeling tussen de mogelijkheid fouten te maken en de verwijzing naar zijn, in zekere zin, traumatiserende ervaringen met zijn vader die hem de boodschap gaf waardeloos te zijn, wordt daarmee met succes aangepakt. Hierna lukt het hem minder dwangmatig om te gaan met zijn financiële verantwoordelijkheden op zijn werk en thuis. Na 34 zittingen wordt de behandeling succesvol afgesloten.

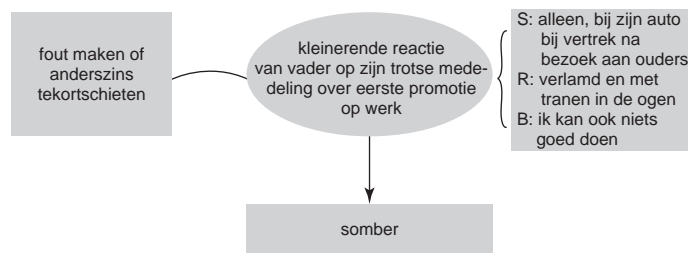
Tijdens de behandeling wordt duidelijk dat de interventies tot dan toe weliswaar een goed effect hebben, maar dat de overmatige neiging zichzelf overal verantwoordelijk voor te houden de patiënt flink parten blijft spelen. De therapeut brengt dit in verband met de invloed van zijn vader op het zelfbeeld van meneer Bohn. In feite wordt daarmee de volgende BA opgesteld (figuur 17).

De BA in figuur 17 beschrijft een kernthema (waardeloosheid), dat is ontstaan door vele ervaringen met zijn vader die als gemeenschappelijk kenmerk afwijzing en vernedering hebben. De protocollaire behandeling van OCS voorziet vanzelfsprekend niet in interventies die een dergelijk aspect van de problematiek aanpakken. In de meeste gevallen zal van dergelijke invloeden uit de leergeschiedenis immers niet of veel minder sprake zijn. Hierin komt de kracht van GCGt goed tot uitdrukking, aangezien op grond van de opgestelde BA kan worden gekozen voor



Figuur 17.

een aanvulling op de standaardbehandeling. De BA zou bijvoorbeeld aanleiding kunnen geven COMET in te zetten door contraconditionering van de UCS/UCR-representatie (de representatie van de ongeconditioneerde stimulus en de ongeconditioneerde response; Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Een andere benadering die overwogen zou kunnen worden is de zogenoemde ‘rechtsom met EMDR’-benadering zoals uitgewerkt door Ten Broeke en De Jongh (2008). Vanuit deze manier van conceptualiseren zou eveneens gekozen kunnen worden voor het zogenaamde ‘herstructureren van herinneringen’ of schrijfopdrachten in plaats van EMDR. Navraag door de therapeut blijkt een zeer representatieve, concrete herinnering aan de vader te activeren, die symbool kan staan voor de wijze waarop deze erin is geslaagd meneer Bohn te doen geloven dat hij, als het erop aan komt, in feite waardeloos is. Daarmee wordt een meer specifieke BA opgesteld (figuur 18).



Figuur 18.

Deze meer specifieke BA veronderstelt dat in de beschreven UCS/UCR-representatie (kernegebeurtenis) de invloed van vaders vroegere gedrag op het zelfbeeld en daarmee het functioneren

van de patiënt samenkomt. De keuze van de therapeut valt op EMDR om de negatieve invloed van die (kern)gebeurtenis teniet te doen. Opvallend en niet vanzelfsprekend is het kennelijk sterke effect dat uitgaat van het aanpakken van 'slechts' één gebeurtenis uit de vele die hebben geleid tot het veronderstelde kernthema (waardeloosheid als zelfbeeld) op het functioneren van de heer Bohn. Op voorhand valt te verwachten dat meerdere ervaringen zouden moeten worden vastgesteld en aangepakt. Dat dit hier niet nodig bleek laat zien dat gerichte interventies, die afgeleid kunnen worden van een adequate BA, een effect kunnen hebben dat generaliseert naar het algemene functioneren van een patiënt.

Ten slotte is het nuttig rekening te houden met zogenoemde 'moeilijke' patiënten, dat wil zeggen, patiënten bij wie alle interventies die in de behandeling geïntroduceerd worden, niet of nauwelijks tot het beoogde effect leiden. De valkuil die hierbij speelt, is dat te weinig rekening wordt gehouden met 'eigenaardigheden' van de patiënt. Deze zal meer 'verleid' moeten worden dan andere patiënten. Bij zulke patiënten kan een aantal specifieke motiveringstechnieken worden toegepast (zie kader 4).

Kader 4 Motiveringstechnieken

De hierna genoemde voorbeelden van motiveringstechnieken zijn ontleend aan Arts, Severeijns, De Haan, Hoogduin en Hoogduin (1993).

- De behandelaar spreekt zijn teleurstelling uit. Hij of zij had juist bij deze patiënt hoge verwachtingen vanwege het doorzettingsvermogen van de patiënt.
- De behandelaar geeft een opdracht, maar zegt vervolgens dat deze te zwaar is. De patiënt is er nog niet aan toe.
- De behandelaar benoemt een positieve eigenschap van de patiënt, maar neemt bij 'nader inzien' toch weer wat gas terug. Dit prikkelt de patiënt om de goede eigenschappen te bewijzen.
- De behandelaar biedt op zeer zorgvuldige wijze een belachelijk gemakkelijke oefening aan.
- De behandelaar laat de patiënt de vrije keuze in de wijze waarop een opdracht uitgevoerd zal worden, maar stelt hiermee impliciet dat de uitvoering zelf niet optioneel is.
- De behandelaar biedt een opdracht aan als een manier om nadere informatie te verzamelen of als een experiment.

- De behandelaar introduceert de 'horrortechniek', dat wil zeggen, een keuze uit twee alternatieven, waarvan het tweede alternatief als buitengewoon onplezierig wordt afgeschilderd. Hij vertelt de patiënt bijvoorbeeld dat, gezien de geringe vooruitgang, binnenkort medicatie of een opname overwogen moet worden. De behandelaar beschrijft vervolgens uitgebreid wat daarbij de nadelen zijn. Dit laatste kan uiteraard alleen wanneer medicatie of een opname (nog) geen reële optie is. Een ander voorbeeld is het voortijdig afbreken van de sessie en het naar huis sturen van de patiënt onder het motto dat er toch niets te bespreken valt nu de patiënt niet heeft geoefend.

Buiten het inventief en creatief omgaan met de verschillende interventies en bijhorende opdrachten is het vanzelfsprekend van belang aandacht te besteden aan het motiveren van de patiënt om de adviezen en opdrachten uit te voeren. Omdat dit zo vanzelfsprekend is, kan er door een te sterke fixatie op in de regel succesvolle en heldere interventies toch te weinig expliciete aandacht voor zijn. Het feit dat de patiënt een OCS heeft, daarvan af wil en zich daarom meldt bij een behandelaar, is onvoldoende reden om ervan uit te gaan dat de patiënt zich ook keurig aan het medisch voorschrift of therapeutisch advies van de hulpverlener zal houden, zonder dat deze daar openlijk tegen protesteert. De medewerking of therapietrouw van de patiënt is iets wat actief verkregen moet worden. Daartoe kan de behandelaar gebruikmaken van zogenaamde therapietrouwbevorderende maatregelen. Deze therapietrouwbevorderende maatregelen betreffen naast het al eerder genoemde verstrekken van goede mondelinge en schriftelijke informatie, en een duidelijke rationale voor het hoe en waarom van de behandeling, onder andere het direct betrekken van een voor de patiënt belangrijke andere persoon bij de behandeling en het gebruikmaken van herinnerings- en oproepstrategieën die de patiënt stimuleren zich te houden aan afspraken voor behandelcontacten (Verbraak, Knoppert-van der Klein, & Hoogduin, 1998). Bij deze laatste strategieën valt te denken aan maatregelen als het steeds op dezelfde dag van de week op hetzelfde tijdstip afspreken, meerdere afspraken vooruit plannen, deze afspraken elke keer weer checken, bij het missen van een afspraak dezelfde dag een nieuwe afspraak maken eventueel via een belangrijke ander en het gebruikmaken van e-mailcontact voor het dagelijks rapporteren van het huiswerk.

Tot besluit

Een OCS gaat zeker niet vanzelf over (Skoog & Skoog, 1999). Helaas leidt het toepassen van een op zich effectieve behandelingsstrategie niet zonder meer tot succes bij iedere patiënt met een OCS. De bevindingen uit onderzoek ten aanzien van exposure en responspreventie, cognitieve en medicamenteuze interventies kunnen de indruk wekken dat resultaat gemakkelijk te behalen moet kunnen zijn. Sommige patiënten zijn echter ingewikkeld, sommige behandelaars maken het onnodig ingewikkeld en soms past een behandelaar niet bij een bepaalde patiënt. Elke behandeling vergt hoe dan ook altijd meer dan het letterlijk en klakkeloos volgen van een richtlijn en protocol.

ABSTRACT The republication of this chapter from the Dutch treatment manual *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocolaire behandelingen op maat* treats diagnosis, ethiology and protocolized treatment of the obsessive compulsive disorder. The authors show how intrusive thoughts and compulsive rituals can effectively be treated using a protocolized cognitive-behavioural therapeutic model.

Some of the terminology used may not be instantly clear to readers who haven't read the preceding chapters of the book. We trust that this will not affect the understanding of the text negatively.

Source: Broeke, E. ten, Korrelboom, C.W., & Verbraak, M. (red.) (2009). *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocolaire behandelingen op maat* (chapter 6). Bussum: Coutinho.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e druk). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arts, W., Hoogduin, K., Keijsers, G., Severeijns, R., & Schaap, C. (1994). A quasi-experimental study into the effect of enhancing the quality of the patient-therapist relationship in the outpatient treatment of obsessive-compulsive neurosis. In: S. Borgo & L. Sibilis (red.), *The patient-therapist relationship: Its many dimensions*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- 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.
- Balkom, A.J.L.M. van, Oppen, P. van, Vermeulen, A.W.A., Dyck, R. van, Nauta, M.C.E., & Vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- Balkom, A.J.L.M. van & Vliet, I. van (1999). *Farmacotherapie angststoornissen*. Amsterdam: Syn-Thesis Uitgevers.
- Ballenger, J.C. (1999). Current treatment in the anxiety disorders in adults. *Biological Psychiatry*, 46, 1579-1594.
- Black, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. In: H.R. Beech (red.), *Obsessional states*. London: Methuen.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research & Therapy*, 44, 765-784.
- Broeke, E. ten, Heijden, C. van der, Meijer, S., & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie; de basisvaardigheden*. Amsterdam/Nijmegen: Boom.
- Broeke, E. ten & Jongh, A. de (2008). Rechtsom met EMDR. In: E. ten Broeke, A. de Jongh, & H.J. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Craske, M.G. & Mystkowski, J.L. (2006). Exposure therapy and Extinction. In: M.G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (red.), *Fear and Learning: From Basic Processes tot Clinical Implications*. Washington: APA.
- Denys, D., Geus, F. de, Meegen, H.J. van, & Westenberg, H.G. (2004). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of quetiapine addition in patients with obsessive-compulsive disorder refractory to serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1040-1048.
- Dowson, J.H. (1977). The phenomenology of severe obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 131, 75-78.
- Edwards, S.L. & Dickerson, M. (1987). Intrusive thoughts: Unpleasantness not the major cause of uncontrollability. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 277-279.
- 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 patients: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K.O., & Scholing, H.A. (1989). *Angst, fobieën en dwang: Diagnostiek en behandeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P.M.G., Ehring, T., & Powers, M.P. (2008). Angststoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie deel 1. Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emmelkamp, P.M.G., Haan, E. de, & Hoogduin, C.A.L. (1990). Martial

- adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 155-160.
- Emmelkamp, P.M.G., Visser, S., & Hoekstra, R. (1988). Cognitive therapy versus exposure in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-114.
- Fernandez, C.E. & Lopez-Ibor, J.J. (1967). Monochlorimipramine in the treatment of psychiatric patients resistant to other therapies. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26, 119-147.
- Foa, E.B., Steketee, G.S., Grayson, J.B., Turner, R.M., & Latimer, P.R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15, 450-472.
- Foa, E.B., Steketee, G.S., & Milby, J.B. (1980). Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 71-79.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, Levitt, J.T., & Foa, E.B.. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioural treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Greist, J.H., Jefferson, J.W., Kobak, K.A., Katzelnick, D.J., & Serlin, R.C. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 52, 53-60.
- Haan, E. de (1997). *Dwangstoornis bij kinderen en volwassenen. Effectiviteit, behandeling en predictie van resultaat*. Rotterdam: Academisch proefschrift Erasmus, Universiteit Rotterdam.
- Haan, E. de, Oppen, P. van, Balkom, A.J.L.M van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1997). Prediction of outcome and early versus late improvement in OCD patients, treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 354-361.
- Haan, E. de & Verbraak, M. (1993). Exposure voor dwanggedachten? *Directieve therapie*, 13, 49-56.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, & Schaap, C.P.D.R. (1992). Dwangneurose: Diagnostiek en behandeling. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 4*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Schaap, C., & Severijn, R. (1988). Het verband tussen therapeutische relatie en therapieresultaat bij de behandeling van dwangneurose. *Gedragstherapie*, 21, 247-259.
- Jones, M.K. & Menzies, R.G. (1997). The cognitive mediation of obsessive-compulsive hand washing. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 843-850.

- Kasvikis, Y. & Marks, I.M. (1988). Clomipramine, self-exposure, and therapist-accompanied exposure in obsessive-compulsive ritualizers: Two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 291-298.
- Keijsers, G.P.J., Vossen, C.J.C., & Keijsers, L.H.A. (2007). *Motiveringsstrategieën in de ambulante psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kirk, J.W. (1983). Behavioural treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 57-62.
- Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Katzelnick, D.J., & Henk, H.J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205-216.
- Koran, M., Ringold, A.L., & Elliott, M.A. (2000). Olanzapine augmentation for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 514-517.
- Korrelboom, C.W. & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals: Panic, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- McDougle, C.J., Epperson, C.N., Pelton, G.H., Wasylink, S., & Prica, L.H. (2000). A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 794-801.
- Megen, H.J.G.M. van, Tenney, N., Denys, D.J.A.P. Denys et al. (2004). *Combinatietherapie van farmacotherapie en gedragstherapie is effectiever dan alleen farmacotherapie bij de behandeling van obsessieve compulsieve stoornis (Voordracht)*. Maastricht: Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Menzies, R.G., Harris, L.M., Cumming, S., & Einstein, D.A. (2000). The relationship between inflated personal responsibility and exaggerated danger expectancies in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1029-1037.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Meyer, V., Levy, R., & Schnurer, A. (1974). The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. In: H.R. Beech (red.), *Obsessional states*. London: Methuen.
- Morrison, N. & Westbrook, D. (2004). Obsessive-compulsive disorder. In: J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook, *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCW) (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the

- interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Oppen, P. van (1999). Cognitieve therapie bij dwangstoornis. In: S.M. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Oppen, P. van & Balkom, A.J.L.M. van (2001). Obsessieve-compulsieve stoornis. In: A.J.L.M. van Balkom, P. van Oppen & R. van Dyck (red.), *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Houten/Diemen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Dyck, R. van, Hoogduin, C.A.L., & Spinhoven, Ph. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- O'Sullivan, G. & Marks, I.M. (1990). Long-term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after exposure: a review. In: R. Noyes, M. Roth, & G. Burrows (red.), *Handbook of anxiety. Volume 4*. Amsterdam: Elsevier.
- Pato, M.T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 145, 1521-1527.
- Rachman, S.J. & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New York: Prentice Hall.
- Rachman, S.J., Hodgson, R.J., & Marks, I.M. (1971). The treatment of chronic obsessional neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 237-247.
- Reynghe de Voxvrie, G. van (1968). L'anafranil (G 34586) dans l'obsession. *Acta Neurologica Belgica*, 68, 787-792.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In: K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (red.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M. & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In: D.M. Clark & C.G. Fairburn (red.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Stanley, M.A. & Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-186.
- Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.L., Methorst, G.J., Arts, W.J.J.M., Hansen, A.M.D., & Keijsers, G.P.J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis: Exposure, responspreventie en cognitieve therapie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Verbraak, M.J.P.M., Knoppert-van der Klein, E.A.M., & Hoogduin, C.A.L. (1998). Een programma ter voorkoming van therapie-ontrouw. In: E.A.M. Knoppert-van der Klein, P. Kölling, & C.A.L. Hoogduin (red.), *Richtlijnen ter Bevordering van Therapietrouw*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verdellen, C.W.J., Hoogduin, K., Kemp, E. de, Methorst, G., & Verbraak, M. (1996). Dwang en depressie; differentiële diagnostiek. *Directieve therapie*, 16, 120-129.
- Visser, S., Hoekstra, R.J., & Emmelkamp, P.M.G. (1992). Long-term follow-up study of obsessive-compulsive patients after exposure treatment. In: A.Ehlers, W. Fiegenbaum, I. Florin, & J. Margraf (eds.), *Perspectives and promises of clinical psychology*. New York: Plenum Press.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide* Chichester: John Wiley & Sons.
- Werkgroep Angststoornissen (2003). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wetering, S. van der (2003). *Het effect van de toevoeging van cognitieve gedragstherapie op het behandelresultaat bij patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis die aanvankelijk wel of niet verbeterden op fluoxetine. Een vergelijkende studie*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen; doctoraal scriptie.