



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

MARCEL VAN DEN HOUT, KIM BIBBE, ANNE BREKELMANS, ELSKE VAN DEN BRINK, DIANDRA BOUTER, MARCEL VAN DAM, TIRZA RUNHERD, ROYA SANA, NINA STROHMANN & PETER PAUL VAN ZENDEREN

Cognitief functioneren bij subklinische dwang

Objectieve prestaties en subjectieve onzekerheid

In de negentiende eeuw werd de obsessieve-compulsieve stoornis, hier verder te noemen ‘dwangstoornis’, wel aangeduid als *folie du doute* (Anderson, Anderson & Glanze, 1994). Dat had een goede reden. Cliënten met een dwangstoornis lijden aan krasse twijfel en onzekerheid: heb ik mijn kinderen niet misbruikt, zal ik geen aids kunnen oplopen en verspreiden door het aanraken van kauwgum, staat de wekker wel op de goede tijd, enzovoort. Het lijkt erop dat die twijfelzucht twee vormen kent. Allereerst is er de klinische onzekerheid waarvoor cliënten hulp zoeken; enkele voorbeelden werden hierboven gegeven. Kenmerkend is onder meer dat de onzekerheid extreem en evident is en ook domeinspecifiek: cliënten kunnen onzeker zijn over de afstandsbediening van de tv, maar niet over de positionering van zuivelproducten in de koelkast of omgekeerd. Voorts pleegt de klinische onzekerheid gepaard te gaan met dwanghandelingen.

Daarnaast lijken dwangcliënten een algemenere, niet domeinspecifieke onzekerheid te hebben die milder is en niet met dwanghandelingen samengaat. Het is vooral geheugenonderzoek dat dit soort onzekerheid aan het licht bracht. Vergeleken met gezonde proefpersonen laten dwangcliënten vrijwel geen (objectieve) deficiënties zien in de *accuratesse* van het geheugen, maar wel in het *vertrouwen* in verschillende aspecten van het geheugen. Dit werd aangetoond voor algemene kennis (semantisch geheugen; zie Dar, Rish, Hermesh, Fux & Taub, 2000), voor visueel en verbaal geheugen (Tuna, Tekcan & Topçuoğlu, 2005), voor het vermogen onderscheid te maken tussen gememoriseerde informatie die verwijst naar feitelijke of ingebeelde gebeurtenissen (McNally & Kohlberg, 1993), en ten slotte in het geheugen voor *checked events* in een pc-taak (Boschen & Vuksanovic, 2007). Ook niet aangedane familieleden van dwangcliënten melden een gering vertrouwen in de *accuratesse* van het geheugen (Rector, Cassin, Richter & Burroughs, 2009).

De concentratie, in het onderzoek, op het geheugen is klinisch niet goed te rechtvaardigen. De cliënt die zich, starend naar de afstandsbediening, afvraagt of de tv echt op *off* staat, twijfelt aan zijn perceptie en niet aan zijn geheugen. En de monteur die installatie-instructies meer dan twintig keer doorlas, twijfelde aan zijn tekstbegrip. Maar er zijn aanwijzingen dat cliënten ook een subklinische onzekerheid vertonen voor andere functies dan het geheugen. Voorbeelden zijn concentratie, besluitvorming (Nedeljkovic & Kyrios, 2007), waarneming en aandacht (Hermans et al., 2008).

Subklinische onzekerheid gaat, bijna per definitie, niet samen met dwanghandelingen en klinische onzekerheid wel. Compulsieve dwanghandelingen zijn ‘perseveratief’. Daarmee wordt hier bedoeld dat ze vaker en/of langer worden uitgevoerd dan redelijkerwijs nodig is om het doel (de kraan dichtdoen, bijvoorbeeld) te bereiken. Cliënten geven zich over aan perseveratie om klinische onzekerheid te reduceren, maar die perseveratie heeft ironische gevolgen: de gezochte zekerheid wordt er niet door vergroot, maar neemt juist af: twijfel aan het *geheugen* over het uitzetten van het strijkijzer wordt vergroot door herhaaldelijk checken (Van den Hout & Kindt, 2003), twijfel aan *tekstbegrip* neemt toe door het dwangmatig herhalen van zinnen (‘Vrijdag ben ik oversteekjuf, vrijdag ben ik oversteekjuf, ik begrijp wat er in de schoolkrant staat: vrijdag ben ik oversteekjuf’; Van den Hout, Dek, Giele & Toffolo, 2012). Langdurig staren naar het *off*-lampje van de tv vergroot onzekerheid over *perceptie* (Van den Hout, Engelhard, De Boer, Du Bois & Dek, 2008). Ook het *redeneren* van cliënten heeft een perseveratief cachet: reeksen van tussenstapjes worden gemaakt tussen een onschuldige beginsituatie (aanraken van een liftknopje in het ziekenhuis) en een catastrofale afloop (verspreiding van leukemie): misschien heeft een cliënt het knopje aangeraakt, misschien heeft hij zijn handen niet gewassen, als ik het fietsstoeltje aanraak kan het besmet raken en mijn dochter besmet worden, enzovoort). Een dergelijke redeneerstijl is voldoende om *onzekerheid* over een veilige afloop te induceren (Giele, Van den Hout, Engelhard, Dek & Klein Hofmeijer, 2011).

Hoe hangen klinische en subklinische dwang of onzekerheid samen? Hier een speculatie. Subklinische dwang kan samengaan met een wat algemene en milde onzekerheid. Geen probleem. Maar die milde onzekerheid zou kunnen aanzetten tot controlegedrag. Dat zou wel een probleem zijn. Enkele malen checken vermindert bijvoorbeeld het vertrouwen in het geheugen (Coles, Radosky & Horng, 2006) en korte visuele fixaties verminderen het vertrouwen in de waarneming (Van den Hout, Engelhard, Smeets, Dek, Turksma & Saric, 2009). Wellicht wordt de overgang tussen klinische en subklinische dwang wel gemarkeerd door het inzetten van perseveratie

als oplossingsstrategie, waarmee milde onzekerheid omslaat in obsessieve twijfel. Die redenering heeft enkele implicaties.

- 1 Individuen met een subklinische dwang zouden onzeker moeten zijn over geheugenprestaties.
- 2 Die onzekerheid zou onafhankelijk moeten zijn van hun objectieve geheugenprestaties: personen met of zonder subklinische dwang zouden niet mogen verschillen in objectieve accuratesse van het geheugen.
- 3 Hypothese [1] geldt niet alleen voor geheugen, maar ook voor andere cognitieve functies.
- 4 Ook voor die andere cognitieve functies moet gelden dat de groepsverschillen beperkt zijn tot 'subjectieve zekerheid': de objectieve prestaties van personen met of zonder subklinische dwang zouden niet mogen verschillen.

Deze hypothesen werden getoetst in twee groepen die bestonden uit studenten met of zonder subklinische dwang. De cognitieve functies waar het om ging, waren (semantisch) geheugen, redeneren en (visuele) perceptie. Cognitieve functies kennen een *speed-accuracy-trade-off*: als een taak sneller wordt uitgevoerd neemt de accuratesse af en omgekeerd. Het was denkbaar dat participanten met hoge obsessieve-compulsieve scores (OC+; zie onder) weliswaar even accuraat presteerden als participanten met een lage score (OC-), maar dat de OC+ groep *trager* was. Daarom werd tevens de snelheid van de taakprestatie gemeten en, indien nodig, verdisconteerd.

METHODE

¶ Deelnemers

Deelnemers werden geselecteerd uit een groep van 333 studenten, die de Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002) invulden. De personen met de hoogste en de laagste scores werden via hun opgegeven e-mailadres uitgenodigd voor het onderzoek. De gegevens van de zestien laagst scorende (OC-, 13 vrouwen; gemiddelde leeftijd = 20.6) en de zestien hoogst scorende deelnemers (OC+, 13 vrouwen, gemiddelde leeftijd = 20.4) werden geanalyseerd. De OC- groep had OCI-R-scores van 1 tot 5 ($M = 3.63$, $SD = 1.03$) en de OC+ groep scores van 16 tot 31 ($M = 23.06$, $SD = 5.43$). Deelnemers ontvingen een kleine beloning voor hun deelname.

¶ Metingen

► **OBSESSIEVE-COMPULSIEVE SYMPTOMEN** De OCI-R (Foa et al., 2002) is een betrouwbaar en valide instrument voor het meten van obsessieve-compulsieve symptomen bij cliënten en studenten (Hajcak, Huppert, Simons & Foa (2004).

► **SEMANTISCH GEHEUGEN** Semantisch geheugen werd gemeten met 35 dichotome vragen uit het gezelschapsspel Triviant, waarbij deelnemers kaartjes krijgen met feitenvragen en meerkeuze-antwoorden betreffende onder meer cultuur, sport en geschiedenis. Vragen werden in pilots geselecteerd. De accuratesse weerspiegelt semantisch geheugen ofwel algemene kennis. De range van accuratesse werd berekend door het aantal juiste antwoorden op te tellen (range 0-35). Deze score werd uiteindelijk omgezet naar een percentage van de maximale score (range 0-100).

De mate van (on)zekerheid werd, voor elk antwoord, door de proefpersonen aangegeven op een honderd millimeter lange Visual Analogue Scale (VAS) die liep van 0 (geheel onzeker) tot 100 (geheel zeker). De zekerheidsscores voor beide groepen werden berekend door de gemiddelde VAS-scores (over 35 items) van de zestien proefpersonen te middelen. De tijd die de proefpersoon nodig had, werd geregistreerd.

► **REDENEREN** De subtest matrixredeneren uit de WAIS-III (Wechsler, Van der Steene & Vertommen, 2002) werd gebruikt. De subtest wordt beschouwd als een belangrijke maat van het vermogen tot perceptueel redeneren. De cliënt ziet een incomplete serie geometrische figuren (drie van de vijf figuren zijn bijvoorbeeld gespikkeld en vier ervan zijn rechthoekig) en selecteert uit vijf mogelijkheden die afbeelding die de matrix of serie compleet maakt (in het voorbeeld is dat een rechthoekige figuur). Door tijdsbeperkingen en het hoge onderwijsniveau van de deelnemers werd ervoor gekozen om de test in te korten: van de drie introductievoorbeelden werd het simpelste voorbeeld weggelaten en alleen de laatste zeventien items (de meest ingewikkelde) werden aangeboden. De accuratessescore werd berekend door het aantal juiste antwoorden op te tellen (range 0-17). Deze score werd uiteindelijk omgezet naar een percentage van de maximale score (range 0-100). De mate van zekerheid werd opnieuw voor elk antwoord gemeten door middel van een VAS-score. De zekerheidsscores voor beide groepen werden berekend door de gemiddelde VAS-scores (over zeventien items) van de zestien proefpersonen te middelen. De tijd die elke proefpersoon nodig had, werd geregistreerd.

► **VISUELE PERCEPTIE** Een gemodificeerde oogtest, gebaseerd op de Landolt-C-kaart, werd gebruikt (Keunen, 1986). Deze oogtest bestaat uit een visuskaart voor veraf zien, en bestaat uit elf regels met ieder vier cirkels waarvan de opening varieert tussen boven, onder, rechts en links. De cliënt of proefpersoon moet aangeven waar zich de opening in de cirkel bevindt: rechts, links, onder of boven. Van boven tot onder worden de rijen steeds kleiner en, werkend van boven naar beneden, vergt het dus steeds meer visuele accuratesse de opening goed aan te geven. De in totaal drie oogtestkaarten, elk bestaande uit 44 items, werden aan de participanten op een pc aangeboden. Accuratesse werd berekend door van de drie oogkaarten het totaal aantal goede antwoorden (goed = 1 en fout = 0) op te tellen, met een maximale score van 132 en minimale score van 0. Deze score werd uiteindelijk omgezet naar een percentage van de maximale score (range 0-100). Onzekerheid werd door de participant aangegeven op een schaal van 0 tot 100% (0 = 'Ik zie niet waar de opening zich bevindt, ik gok'; 100 = 'Ik weet zeker dat ik zie waar de opening zich bevindt'). De zekerheidsscores voor beide groepen werden berekend door de gemiddelde zekerheidsscore (over 132 items) van de zestien proefpersonen te middelen. De tijd die de proefpersoon nodig had, werd geregistreerd.

¶ Procedure

Participanten werden getest in een goed verlichte en geluiddichte ruimte. Om te controleren voor volgorde-effecten werden de verschillende tests in gebalanceerde volgorde aangeboden.

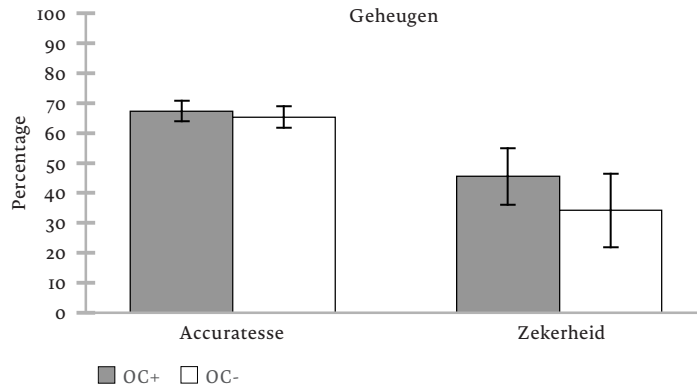
RESULTATEN

¶ Speed-accuracy-trade-off

De aanwezigheid van een speed-accuracy-trade-off zou moeten blijken uit een (negatieve) correlatie tussen accuratesse en snelheid: hoe hoger de snelheid, hoe minder de accuratesse. In beide groepen en voor alle drie uitkomstmaten echter, waren de correlaties niet significant. De snelheid waarmee taken werden uitgevoerd is daarom niet in de berekeningen betrokken.

¶ Semantisch geheugen

Figuur 1 laat zien dat de OC+ groep minder vertrouwen had in de geheugenprestaties dan de OC- groep, $t(30) = -2.92, p < 0.05$, terwijl de objectieve accuratesse van de groepen niet verschilde, $t(30) = -.56, ns$.

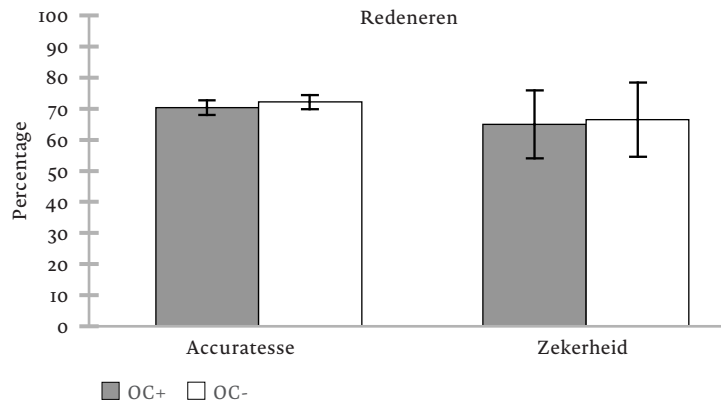


FIGUUR 1

Scores van de OC+ en OC- groep op de geheugentaak: accuratesse en vertrouwen in de prestatie (gemiddelden en standaarddeviaties)

¶ Redeneren

Bij de redeneertaak werden geen significante groepsverschillen gevonden; niet met betrekking tot accuratesse, $t(30) = .37, ns$, en evenmin met betrekking tot (on)zekerheid, $t(30) = .38, ns$. Gemiddelden staan weergegeven in figuur 2.

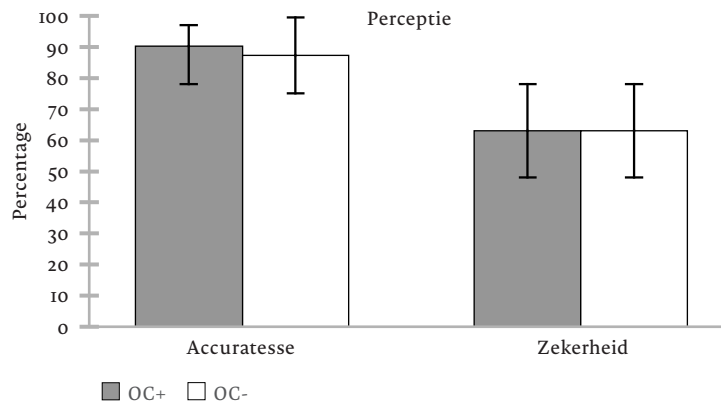


FIGUUR 2

Scores van de OC+ en OC- groep op de redeneertaak: accuratesse en vertrouwen in de prestatie (gemiddelden en standaarddeviaties)

¶ Perceptie

Hetzelfde gold voor perceptie. De groepen verschilden noch in accuratesse, $t(30) = -.84, ns$, noch in (on)zekerheid, $t(30) = .013, ns$. De data staan grafisch weergegeven in figuur 3.



FIGUUR 3
Scores van de OC+ en OC- groep op perceptietaak: accuratesse en vertrouwen in de prestatie (gemiddelden en standaarddeviaties)

DISCUSSIE

Getoetst werd of mensen met subklinische dwang een gering vertrouwen in cognitieve prestaties combineren met normale cognitieve accuratesse. Dit patroon werd gevonden bij het testen van het semantisch geheugen. De OC+ en OC- groepen presteerden even goed, maar de OC- groep rapporteerde minder vertrouwen in die prestatie. Algemene kennis van het soort dat hier werd onderzocht wordt doorgaans 'semantisch geheugen' genoemd. Dat is wellicht een wat verwarrende term. Immers, wanneer informatie nooit is opgeslagen, is het vreemd om de afwezigheid van een accurate recall te zien als geringe geheugenaccuratesse. De vraag of de term 'algemene kennis' de lading van de test beter dekt dan de term 'semantisch geheugen', laten we voor wat hij is: een semantische kwestie. Belangrijker is dat het patroon identiek is aan de gegevens die werden gerapporteerd door Dar et al. (2000) in een studie bij klinische dwang. Ook de dwangcliënten combineerden een normale algemene kennis met een gering vertrouwen in de juistheid van hun antwoorden (zie ook Cuttler & Graf, 2009). Dwangcliënten plegen te melden dat herhaaldelijk controleren wordt gemotiveerd door het wantrouwen van het geheugen voor eerdere controlehandelingen (Reed, 1985). Dat perseveratief controleren heeft, zoals gememoreerd in de inleiding, paradoxale gevolgen: het vergroot de onzekerheid in het geheugen. Het is verleidelijk te speculeren dat toegeven aan de neiging om een milde onzekerheid te reduceren door controlegedrag, betrokken is bij de overgang van subklinische

naar klinische dwang. Een of twee keer controleren kan geen kwaad, maar veel meer moet het niet worden: de paradoxale effecten van controleren treden al snel op (Coles et al., 2006).

Bij de andere taken, perceptie en redeneren, traden geen verschillen op tussen de groepen; noch in termen van de objectieve prestatie, noch in termen van vertrouwen in de prestatie. Dat kan betekenen dat, anders dan verondersteld, onzekerheid over cognitief functioneren bij subklinische dwang beperkt is tot geheugenfuncties, althans dat die onzekerheid niet optreedt bij perceptie en redeneren. Anderzijds zijn de gebruikte tests wellicht suboptimaal om groepsverschillen aan het licht te brengen. Veel verder dan de gebruikelijke verzuchting dat verder onderzoek geboden is, komen we niet.

Ook de vraag of het ontstaan van perseveratie niet alleen maar laat zien dat er een dwangsymptoom ontstaat (een wat tautologische vaststelling), maar dat er ook een *pathogeen proces* in gang wordt gezet verdient nader onderzoek. Langs experimentele weg lijkt de vraag niet goed te beantwoorden en longitudinaal onderzoek lijkt hier geschikter. De incidentie van de dwangstoornis is laag. Dat is op zichzelf plezierig, maar maakt het moeilijk om longitudinaal bevolkingsonderzoek te doen. Al dan niet gedeeltelijke terugval na een geslaagde behandeling van dwang komt regelmatig voor. Dat is vervelend, maar biedt wellicht wel mogelijkheden de gestelde vraag te beantwoorden: als perseveratie meer is dan een dwangsymptoom en ertoe bijdraagt dat milde onzekerheid klinische proporties krijgt, dan zou terugval van dwang gemarkeerd moeten worden door het optreden van perseveratie.

PROF.DR. MARCEL VAN DEN HOUT is hoogleraar Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie aan de Universiteit Utrecht.

De andere auteurs zijn studenten klinische psychologie aan dezelfde universiteit die de beschreven onderzoeken uitvoerden in het kader van hun bachelorstudie.

Referenties

- Anderson, K.N., Anderson, L.E. & Glanze, W.D. (Eds.). (1994). *Mosby's medical, nursing, and allied health dictionary* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Boschen, M.J. & Vuksanovic, D. (2007). Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: Comparisons in OCD and control samples. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2098-2109.
- Coles, M.E., Radomsky, A.S. & Horng, B. (2006). Exploring the boundaries of memory distrust from repeated checking: Increasing external validity and examining thresholds. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 995-1006.
- Cuttler, C. & Graf, P. (2009). Checking-

- in on the memory deficit and meta-memory deficit theories of compulsive checking. *Clinical Psychology Review*, 29, 393-409.
- Dar, R., Rish, S., Hermesh, H., Fux, M. & Taub, M. (2000). Realism of confidence in obsessive-compulsive checkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 673-678.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R. & Hajcak, G. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14, 485-496.
- Giele, C.L., Hout, M.A. van den, Engelhard, I.M., Dek, E.C.P. & Klein Hofmeijer, F. (2011). Obsessive-compulsive-like reasoning makes an unlikely catastrophe more credible. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 293-297.
- Hajcak, G., Huppert, J.D., Simons, R.F. & Foa, E.B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behavior Research and Therapy*, 42, 115-123.
- Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J. & Pieters, G. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 98-113.
- Hout, M.A. van den, Dek, E.C.P., Giele, C.L. & Toffolo, M.B. J. (2012). How compulsive perseveration undermines trust in cognitive operations. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 18, 103-114.
- Hout, M.A. van den, Engelhard, I.M., Boer, C. de, Bois, A. du & Dek, E. (2008). Perseverative and compulsive-like staring causes uncertainty about perception. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1300-1305.
- Hout, M.A. van den, Engelhard, I.M., Smeets, M., Dek, E.C.P., Turksma, K. & Saric, R. (2009). Uncertainty about perception and dissociation after compulsive-like staring: Time course of effects. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 535-539.
- Hout, M.A. van den & Kindt, M. (2003). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 301-316.
- Keunen, J.E.E. (1986). De letterkaart volgens Snellen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 130, 173-175.
- McNally, R.J. & Kohlberg, P.A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 249-253.
- Nedeljkovic, M. & Kyrios, M. (2007). Confidence in memory and other cognitive processes in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2899-2914.
- Rector, N.A., Cassin, S.E., Richter, M.A. & Burroughs, E. (2009) Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 145-149.
- Reed, G.F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behaviour: A cognitive structural approach*. Orlando: Academic Press.
- Tuna, Ş., Tekcan, A.I. & Topçuoğlu, V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 15-27.
- Wechsler, D., Steene, G. van der & Ver-tommen, H. (2002). *Manual for the Wechsler adult intelligence scale*. New York: Psychological Corp.