



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

De multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van OCS moet herzien worden

KEES HOOGDUIN

In de recente Multidisciplinaire Richtlijn van de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (Spijker et al., 2013,) wordt, hoewel de samenstellers van mening zijn dat *exposure* en responspreventie (ERP) de behandeling van voorkeur is, toch begonnen met de bespreking van de farmacotherapie. Deze keus is wel haast exemplarisch voor de grote betekenis die aan de opvatting van de Nederlandse medisch georiënteerde zorgverleners wordt toegekend. Psychiaters hebben echter, omdat slechts een fractie van hen is opgeleid tot cognitief gedragstherapeut, patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) in eerste instantie weinig te bieden. De vaak spectaculaire verbeteringen met ERP kennen ze niet uit eigen ervaring. Het is bekend dat farmacotherapie bij OCS in principe een lang pillenregiem inhoudt, omdat de recidiefkans bij beëindigen van de medicatie relatief groot is (Dougherty, Rauch & Jenike, 2012). Bovendien hebben antidepressiva en antipsychotische middelen vervelende bijwerkingen. Alleen al het

toenemen van het lichaamsgewicht met 5-7%, de vaak relevante cognitieve stoornissen en het feit dat meer dan 30-50% van de patiënten bijwerkingen ervaart op seksueel gebied lijken redenen genoeg zuinig te zijn met het voorschrijven van dergelijke middelen (Moleman, 2004; zie ook Spijker et al., 2013). In de MDR wordt geadviseerd een keuze tussen farmacotherapie of ERP te maken in overleg met de patiënt (p. 132). Het is dan wel van belang de bijwerkingen van de psychofarmaca uitvoerig te bespreken en te benadrukken dat er een effectievere behandeling bestaat zonder al die vervelende bijwerkingen – ERP – met ook nog een veel kleinere kans op terugval. Dit zal naar verwachting de meeste patiënten doen besluiten farmacotherapie af te wijzen. De vraag is echter gerechtvaardigd of medisch georiënteerde behandelaren, die zelf niet in staat zijn ERP toe te passen, wel goed in staat zijn patiënten over te halen toch vooral te kiezen voor ERP, maar dit terzijde. De MDR adviseert als eerste stap ERP. Wanneer succes uitblijft (te evalueren na twintig zittingen) vol-

gen twintig zittingen cognitieve therapie. Bij opnieuw geen succes: CGT in combinatie met een SSRI gedurende twaalf weken, gevolgd bij nog steeds geen effect door nog eens twaalf weken met een andere SSRI. We zijn dan 64 weken verder. De volgende stap bestaat uit een SSRI gecombineerd met een antipsychoticum (twaalf weken). Bij geen succes gevolgd door clomipramine (een tricyclisch antidepressivum) gedurende twaalf weken. Bij geen verbetering te combineren met opnieuw een antipsychoticum. We zijn dan ongeveer twee jaar verder. Bij opnieuw geen succes wordt een second opinion door een specialist geadviseerd, eventueel gevolgd door dagklinische of klinische behandeling.

De patiënt op dat moment verwijzen, is gewoon veel te laat. De behandeling van een patiënt met OCS stelt hoge eisen aan de therapeut wat betreft ervaring en scholing. Gelet op het bescheiden aantal patiënten met OCS is het vaak niet goed mogelijk voor de doorsnee therapeut die ervaring op te doen. Mogelijk moet iedere patiënt die na drie maanden behandeling niet verbetert altijd door OCS-specialisten of in ieder geval onder supervisie van een dergelijke specialist behandeld worden.

De Britse richtlijn is veel strenger in de advisering van antidepressiva bij de behandeling van OCS. In de betreffende *Clinical Guideline* van de NICE (2005) komen antidepressiva pas bij stap vier (!) aan de orde, terwijl antipsychotische farmaca pas voorgeschreven mogen worden wanneer een multidisciplinair team

na analyse dit fiatteert. In de Amerikaanse APA-richtlijn wordt ERP zonder meer als eerste stap in de behandeling genoemd (APA, 2007).

In de MDR (p. 123) wordt geadviseerd patiënten met alleen obsessies te behandelen met cognitieve therapie omdat, aldus de richtlijn, verondersteld mag worden dat die patiënten baat zullen hebben bij cognitieve therapie. Er is echter nauwelijks onderzoek dat deze veronderstelling onderbouwt. Uit open studies bleek dat de effecten van ERP bij patiënten met alleen obsessies vergelijkbaar of zelfs beter zijn dan die bij patiënten met obsessies en compulsies (Hoogduin, de Haan, Schaap & Arts, 1987; Kirk, 1983).

De eenvoudigste manier om het behandelresultaat van CGT bij patiënten met OCS te verbeteren ligt niet in een gecombineerde behandeling met psychofarmaca of direct op de hersenen inwerkende biologische behandelmethoden (deze laatste hebben nauwelijks enige toegevoegde waarde). Spectaculaire verbeteringen zijn te verkrijgen wanneer maximale inspanningen worden gedaan OCS-patiënten te verleiden om ERP te accepteren. Het percentage weigeraars verschilt per centrum aanzienlijk. In sommige centra is het aantal weigeraars van ERP 25 procent, bij andere 2-3 procent (Emmelkamp & Foa, 1983; Hoogduin, 1986). Ook het optimaliseren van motiveringstechnieken om de patiënten te helpen door te gaan met de veeleisende behandeling en het investeren in verbetering van de kwaliteit van de therapeutische relatie, zullen leiden tot een lagere drop-out en dus tot een

verhoging van het percentage patiënten dat uiteindelijk van de behandeling zal profiteren.

De kernelementen voor verbetering van de behandelresultaten bij OCS zijn: vermindering van therapeutische weigeraars, voorkomen van drop-out en bevorderen dat patiënten bij in OCS gespecialiseerde behandelcentra worden behan-

deld. Ook het niet langer volgen van de MDR draagt mogelijk bij tot een verbetering van het resultaat. In ieder geval zal dit in een aantal gevallen een onaanvaardbare vertragen van een positief behandelresultaat voorkomen. Het volgen van de Britse NICE richtlijnen is een zeer goed alternatief.

Deze column is mede gebaseerd op Hoogduin en Verbraak (2013).

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2007). *American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Dougherty, D.D., Rauch, S.L. & Jenike, M.A. (2012). Pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder. In G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 291-306). Oxford: Oxford University Press.
- Emmelkamp, P.M.G. & Foa, E.B. (1983). Failures are a challenge. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 1-9). New York: John Wiley & Sons.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., de Haan, E., Schaap, C. & Arts, W. (1987). Exposure and response prevention in patients with obsessions. *Acta Psychiatrica Belgica*, 87, 640-653.
- Hoogduin, K. & Verbraak, M. (2013). Behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis. In: P. Emmelkamp & K. Hoogduin (red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Kirk, J.W. (1983). Behavioral treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice. *Behaviour Research & Therapy*, 21, 57-62.
- Moleman, P. (2004). *Praktische psychofarmacologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C., van Vliet, I.M., Emmelkamp, P.M.G., Hermens, M.L.M. & van Balkom, A.L.J.M. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2005). *Obsessive-compulsive disorder: Clinical Guideline 31*. London: National Collaborating Centre for Mental Health.