



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Protocollaire behandeling van patiënten met trichotillomanie, excoriatiestoornis en ander ongewenst gewoontegedrag

### Zelfcontroleprocedures

Vrijwel iedereen heeft wel een ongewenste gewoonte: snoepen, aan de haren friemelen, nagelbijten, aan korstjes op de huid krabben, duimzuigen, neuspeuteren, gamen, roken of dagdromen. Zo laat onderzoek onder studenten zien dat 97% van hen een gewoonte heeft die hij vervelend, beschamend of ongezond vindt (Maas, Hietbrink, Rinck, & Keijsers, 2013). Stoppen met een dergelijke gewoonte is vaak minder eenvoudig dan gedacht wordt. Het valt tegen om er op tijd aan te denken dat het gedrag niet meer zou worden uitgevoerd of het blijkt lastig om er onmiddellijk mee te stoppen als er weer eens mee begonnen is. Een gewoonte bestaat immers per definitie uit geautomatiseerd gedrag dat gegeven een bepaalde situatie als vanzelf optreedt, tenzij het bewust wordt tegengehouden.

Het tegenhouden van gewoontegedrag vergt gerichte aandacht. Dit tegenhouden wordt bovendien vaak als onplezierig ervaren. Zowel de aandacht als de sterkte van het onplezierige gevoel kan variëren. Wat de aandacht betreft kan het voornemen om het gedrag voortaan niet meer uit te voeren soms al voldoende zijn om het gewoontegedrag te stoppen (Gollwitzer, Bayer, & McCulloch, 2005). Maar het kan ook zijn dat iemand alleen door grote concentratie het gewoontegedrag kan verminderen. Soms is het onplezierige gevoel bij het tegenhouden van het gewoontegedrag mild en goed te verdragen. Maar het kan ook een hevige onrust zijn of een dwingende drang om aan het gewoontegedrag toe te geven. Beide zaken, 'gerichte aandacht' en 'onplezierig gevoel bij het tegenhouden', maken dat ongewenste gewoonten vele jaren kunnen voortduren.

Ongewenst gewoontegedrag van kinderen en volwassenen is vaak onschuldig en onschadelijk. Soms kan gewoontegedrag echter ook ernstige hinder veroorzaken en ernstige lichamelijke en psychosociale gevolgen hebben. Binnen de DSM-5 worden een aantal varianten onderscheiden van gewoontegedrag dat zo'n ernstige vorm heeft aangenomen dat mensen als het ware in de ban leven van hun neiging om aan het gedrag toe te geven. Het gaat hier bij-

voorbeeld om stoornissen in het gebruik van psychoactieve stoffen, zoals bij overdadig medicijngebruik en bij drugs-, alcohol- en nicotineverslaving. Ernstige verstoringen ten gevolge van moeilijk te bedwingen neigingen doen zich ook voor bij eetstoornissen en bij afwijkend seksueel gedrag zoals parafilie. Ook kent de DSM-5 de categorie 'Niet-middelgerelateerde stoornissen' waaronder pathologisch gokken wordt geschaard. Ongewenste gewoonten, het onderwerp van dit artikel, worden geclassificeerd in de rubriek 'Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen'. Hiertoe behoren trichotillomanie (haartrekken), de excoriatiestoornis (huidkrabben) en de rubriek 'Andere gespecificeerde obsessieve-compulsieve of verwante stoornis'. Tot deze rubriek behoort de lichaamsgericht-repetitief-gedragsstoornis waartoe onychotillomanie (nagelbijten), op de lip bijten, op de wang kauwen, bruxisme (tandenknarsen) en duimzuigen worden gerekend.

Kenmerkend voor al deze problemen is de neiging om al maar aan het gedrag toe te geven. Bovendien wordt het gedrag als 'ego-syntoon' beleefd. Dat wil zeggen dat de persoon een actueel verlangen heeft het gedrag uit te voeren op het moment dat hij ermee bezig is. Erna ontstaan meestal gevoelens van schuld of spijt. Er kan bij tijden verzet zijn tegen het uitvoeren van het gedrag. Men tracht het dan uit te stellen of probeert afleiding te vinden. Meestal echter is dat niet het geval en worden het moment en de omstandigheden gepland om het gedrag uit te voeren of zijn die momenten en omstandigheden al ingebed in het dagelijkse leven. Niet zelden zijn dit juist momenten van rust na een drukke dag. Men komt moe thuis, de maaltijd is achter de rug, de vaatwasser is ingeruimd en de televisie gaat aan. Dan volgt het haartrekken, een oneffenheid op de huid verwijderen of nagelbijten.

Voor verslavingen, parafilie en eetstoornissen zijn specialistische behandelingen ontwikkeld. Voor het overige genoemde ongewenste gewoontegedrag worden vaak gedragstherapeutische behandelingen ingezet die gebaseerd zijn op *habit reversal* en zelfcontroleprocedures. Het onderzoek naar de behandeling hiervan groeit snel. Toch zijn gecontroleerde studies nog steeds schaars en komen ze voornamelijk voor bij trichotillomanie en excoriatiestoornis. Daarom gaan we in dit artikel eerst in op onderzoek gericht naar deze twee aandoeningen. Daarna beschrijven we de cognitief-gedragstherapeutische behandeling gebaseerd op zelfcontroleprocedures. Deze behandeling werd voor het eerst beschreven door Hoogduin (1980).

## ONDERZOEKSBEVINDINGEN

## ¶ Trichotillomanie

Trichotillomanie is een aandoening waarbij mensen de drang voelen om hun eigen haren uit te trekken. In circa 80% van de gevallen betreft het de haren van de hoofdhuid, gevolgd door wimpers, wenkbrauwen en overige lichaamsbehaarung. Naar schatting 40% tot 50% van de patiënten trekt haren uit op meerdere plekken van het lichaam. De haren worden een voor een uitgetrokken. Meestal strijkt of betast men eerst de haren om vervolgens één haar te selecteren. Circa de helft besteedt aan dit haar uittrekken meer dan één uur per dag. 24% trekt dagelijks meer dan honderd haren uit (Christenson, Pyle, & Mitchell, 1991; Christenson & Mansueto, 1999; Flessner et al., 2010). Bijna de helft gooit de getrokken haar niet meteen weg, maar speelt er eerst nog mee, strijkt met de haar langs de lippen, tikt ermee tegen de lippen of bijt de wortel af en slikt die door (Duke, Keeley, Geffken, & Storch, 2010; Grant & Odlaug, 2008). Door de optredende kale plekken worden sporten, zwemmen, uitgaan, buitenshuis eten, fietsen en wandelen bij winderig weer vermeden. Ook is er angst voor nieuwe relaties en intimiteit (Christenson & Mansueto, 1999; Diefenbach, Tolin, Hannan, Crocetto, & Worhunsky, 2005; Duke et al., 2010). Als gevolg van de klachten en het haarverlies rapporteert 87% zich fysiek onaantrekkelijk te voelen, 81% voelt zich somber, 77% voelt zich minderwaardig en 75% schaamt zich voor de klachten (Stemberger, Thomas, Mansueto, & Gardner Carter, 2000).

Naast 'recidiverend uittrekken van de eigen haren' golden in de DSM-IV ook de criteria 'een gevoel van spanning vooraf' en 'lust, bevrediging of opluchting tijdens het uittrekken van het haar'. Deze twee criteria zijn losgelaten in de DSM-5 omdat een kwart van de mensen die regelmatig haartrekken deze criteria niet herkent (Duke et al., 2010; Stein et al., 2010). Mensen die niet aan deze twee criteria uit de DSM-IV voldoen rapporteren alleen 'automatisch haartrekken'. Automatisch haartrekken vindt plaats in voor de patiënten prettige situaties, 's avonds op de bank voor de televisie of tijdens het lezen, terwijl men zich ontspant, wegdroomt of met de gedachten bij het televisieprogramma of het boek is. De patiënt heeft het haartrekken nauwelijks in de gaten. Drang vooraf en lustbeleving tijdens het haartrekken zijn er nauwelijks of blijven uit omdat men toegeeft aan de neiging. De overige mensen vertonen naast dit automatisch haartrekken in circa een kwart van de situaties ook een gefocuste vorm. Dan wordt het haartrekken met aandacht verricht. Met bijvoorbeeld goed licht, spiegel en pincet worden speciale haren geselecteerd en getrokken (Christenson et al.,

1991; Christenson & Mansueto, 1999; Duke et al., 2010; Flessner et al., 2008).

In vergelijking met een gezonde populatie hebben mensen met trichotillomanie een hogere kans op een comorbide stoornis. Een stemmingsstoornis komt het vaakst voor als comorbide stoornis, gevolgd door andere nerveuze gewoonten, angststoornissen en verslavingen. De cijfers voor deze comorbide condities lopen nogal uiteen, van bijvoorbeeld 25% tot 60% voor depressie (Christenson & Mansueto, 1999; Duke et al., 2010; Odlaug, Kim, & Grant, 2010). In Nederlandse studies liggen de comorbiditeitscijfers beduidend lager: 14% tot 20% voor depressieve stoornissen, 7% tot 14% voor een andere nerveuze gewoonte en 4% voor angststoornissen (Keijsers & Maas, 2015).

### ¶ Excoriatiestoornis

De karakteristieken van de excoriatiestoornis (ook wel titillomanie of pathologisch huidkrabben genoemd) zijn vergelijkbaar met die van trichotillomanie (Lochner, Simeon, Niehaus, & Stein, 2002; Stein et al., 2010). De excoriatiestoornis wordt gekenmerkt door terugkerend krabben aan wondjes of onregelmatigheden van de huid waardoor de huid beschadigd raakt. Het gewoontegedrag begint vaak in de adolescentie. Dat is ook zo bij trichotillomanie. Bij de excoriatiestoornis vindt dat begin niet zelden plaats na een huidaandoening zoals acne. Een excoriatiestoornis komt voor bij naar schatting 2% tot 4% van de bevolking en is frequenter onder vrouwen dan onder mannen. De meest aangedane gebieden zijn gezicht en hoofd, gevolgd door bovenlichaam, armen en handen, en benen (Arnold et al., 1998; Deckersbach, Wilhelm, & Keuthen, 2003; Stein et al., 2010). Meer dan de helft van de patiënten rapporteert ook aan gezonde huid te krabben, maar bij voorkeur wordt gekrabd (gewreven, geknepen, gesneden, gebeten) aan oneffenheden en wondjes: pukkeltjes, mee-eters, bultjes, korstjes en insectenbeten. Het begint vaak met krabben zonder het echt in de gaten te hebben. Meestal gebeurt dit met de vingers en nagels. Het gebruik van speldjes, pincetten en andere voorwerpen komt ook veel voor (Arnold et al., 1998; Deckersbach et al., 2003). Evenals bij trichotillomanie vindt het gewoontegedrag vooral plaats in ontspannende situaties: men komt tot rust, mijmert, kijkt televisie of droomt weg. Vervolgens nemen ongemak en pijn toe. Men stopt vaak pas als het begint te bloeden (Arnold et al., 1998; Wilhelm et al., 1999). Bij ongeveer de helft van de patiënten is er sprake van ontstekingen en littekenvorming met soms diepe putten in de huid (Deckersbach et al., 2003). Daarmee samenhangend vertoont men vaak vermijdingsgedrag van sociale situaties, vergelijkbaar met dat van mensen met trichotillomanie. Ook comorbide stoornissen zijn vergelijkbaar met

die van patiënten met trichotillomanie, alleen de morfodysfore stoornis (stoornis in de lichaamsbeleving) komt bij de excoriatiestoornis vaker voor (Odling & Grant, 2008; Stein et al., 2010).

#### ¶ Behandelonderzoek

Trichotillomanie, de excoriatiestoornis, de lichaamsgericht-repetitief-gedragsstoornis en andere ongewenste gewoonten zijn bij uitstek het indicatiegebied voor zelfcontroleprocedures. Immers, de patiënten voeren willens en wetens gedrag uit dat zij om een of andere reden liever niet willen uitvoeren. Deze redenen zijn vaak de gevolgen, zoals kale plekken bij trichotillomanie, huidverwondingen bij de excoriatiestoornis, beschadigde vingertoppen bij ernstig nagelbijten, ontsierende huidverdichtingen en reacties van de omgeving bij het bijten en zuigen op de handen. Bij een zelfcontroleprocedure leert de patiënt vaardigheden om zijn gedrag beter te beïnvloeden. Een op zelfcontrole gebaseerde methode van Azrin, *habit reversal*, heeft de meeste bekendheid gekregen voor het behandelen van ongewenste gewoonten (Azrin & Nunn, 1973). De essentie van deze procedure bestaat uit de toepassing van een *incompatibele respons*. Dit is een bepaalde activiteit die niet verenigbaar is met het uitvoeren van de gewoonte, bijvoorbeeld de handen in de broekzak steken bij de neiging om te gaan nagelbijten. Met deze behandeling werden gunstige resultaten behaald. In een gecontroleerde studie naar het effect van de behandeling van trichotillomanie vergeleken Azrin, Nunn en Frantz (1980) *habit reversal* met negatieve oefening. Bij follow-upmeting na vier weken bleek de eerste groep gemiddeld 97% te zijn verbeterd (67% was klachtenvrij) en de tweede groep gemiddeld 71% (36% was klachtenvrij). *Habit reversal* lijkt een wel zeer effectieve benadering voor ongewenste gewoonten. Hierbij moet worden vermeld dat deze hoge succespercentages niet vaak zijn gerepliceerd.

Hoogduin en collega's ontwikkelden een gedragstherapeutische behandeling die gebaseerd is op zelfcontroleprocedures, waarin de incompatibele respons van Azrin werd ingepast (vergelijk Hoogduin, 1980; Hoogduin & de Haan, 1984; Hoogduin, van Minnen, & Keijsers, 1999). Deze behandeling komt op veel punten overeen met varianten op *habit reversal* die in de afgelopen twee decennia in de Verenigde Staten ontwikkeld werden. De effectiviteit van deze behandelingen bij patiënten met trichotillomanie werd door middel van gecontroleerd onderzoek vastgesteld. Cognitieve gedragstherapie liet betere resultaten zien dan farmacologische behandeling (clomipramine, fluoxetine) en wachtlijstcondities (Bloch et al., 2007; Diefenbach, Tolin, Hannan, Matlby, & Crocetto, 2006; van Minnen, Hoogduin, Keijsers, Hellenbrand, & Hendriks, 2003; Ninan, Rothbaum, Marsteller, Knight, & Eccard, 1993; Woods, Wet-

terneck, & Flessner, 2006). Verbetering doet zich voor bij 64% tot 66% van de trichotillomaniepatiënten en de gemiddelde effect size (Cohen's *d*) in vergelijking met placebocondities over diverse studies heen bedraagt 1.14 (Bloch et al., 2007).

Onduidelijker zijn de resultaten op de lange termijn. Sommige behandelstudies rapporteerden goede langetermijnresultaten (Azrin et al., 1980; Tolin, Franklin, Diefenbach, Anderson, & Meunier, 2007; Woods et al., 2006), maar andere studies vonden een relevante terugval een maand tot 3.7 jaar na afronding van de behandeling (Keijsers et al., 2006b; Lerner, Franklin, Meadows, Hembree, & Foa, 1998; Mouton & Stanley, 1996). Het is daarom niet verwonderlijk dat aanvullingen (*enhancers*) op de oorspronkelijke habit reversal en gedragstherapie werden ontwikkeld. Interventies uit dialectische gedragstherapie (Keuthen et al., 2011), *acceptance and commitment therapy* (Woods et al., 2006) en cognitieve therapie (Diefenbach et al., 2006; Lerner et al., 1998) werden toegevoegd. De terugvalkans bleek af te nemen als meer sessies worden aangeboden, maar omdat de controlecondities in deze studies bestonden uit wachtlijst- of minimale behandeling, valt de meerwaarde van deze *enhancers* wat betreft de langetermijnresultaten niet goed te beoordelen. Wel zijn cognitieve interventies meer en meer tot de standaard habit reversal en gedragstherapie gaan behoren (Keijsers, Maas, van Opdorp, & van Minnen, 2016). Op dit moment kan met zekerheid worden gezegd dat met cognitieve gedragstherapie op de korte termijn en vaak ook in een beperkt aantal sessies (zes tot tien) een goed behandelresultaat kan worden bereikt. Het blijft onvoldoende duidelijk hoe goed deze resultaten beklijven in de maanden en jaren na de aanvankelijk succesvolle behandeling.

Bij de excoriatiestoornis werden twee wachtlijstgecontroleerde studies uitgevoerd met drie sessies habit reversal in de ene studie (Teng, Woods, & Twohig, 2006) en vier sessies cognitieve gedragstherapie gebaseerd op zelfcontroleprocedures in de andere studie (Schuck, Keijsers, & Rinck, 2010). In beide studies waren de behandelingen beduidend effectiever dan de wachtlijstconditie. De *pre to post* effect size (Cohen's *d*) in de studie van Schuck et al. was 1.6 na behandeling en 1.9 bij follow-up na twee maanden. Voor de wachtlijstconditie was dit 0.3 op beide meetmomenten. Anders dan bij de behandeling van mensen met trichotillomanie is er voor de excoriatiestoornis geen aanwijzing dat het behandelresultaat slecht beklijft. Opgemerkt moet wel worden dat de follow-upperiode kort was in beide studies.

Cognitieve gedragstherapie gebaseerd op *habit reversal* en zelfcontroleprocedures bleek behalve bij trichotillomanie en de excoriatiestoornis, ook succesvol bij de behandeling van tics (Verdellen, Keijsers, Cath, & Hoogduin, 2004) en eetbuien (Vanderlinden et al.,

2010). Voor zover ons bekend zijn er op dit moment geen gegevens uit gecontroleerd onderzoek waarin *e-health*-varianten van cognitieve gedragstherapie voor trichotillomanie of excooriatie-stoornis werden vergeleken met face-to-facebehandelingen.

#### ASSESSMENT

Het diagnosticeren van ongewenste gewoonten is niet al te ingewikkeld. Wanneer iemand zich aanmeldt omdat hij tot bloedens toe nagelbijt of behandeling wil omdat hij vrijwel kaal is vanwege het haartrekken, moet alleen worden uitgesloten dat de klacht een symptoom is van een andere stoornis. Wanneer iemand bijvoorbeeld gebukt gaat onder een ernstige depressie en zich daarbij de haren uittrekt, zal de diagnose trichotillomanie niet gesteld worden, maar moet het haartrekken als een symptoom van de depressieve stoornis worden opgevat. Zelfbeschadiging komt geïsoleerd voor maar is veel vaker onderdeel van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, antisociale-persoonlijkheidsstoornis, eetstoornis of post-traumatische-stressstoornis (Simeon, 2006).

Meetinstrumenten om de ernst van ongewenste gewoonten te meten wisselen per stoornis. In eigen onderzoek gebruikten we de *Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale* (MGH-HS; O'Sullivan et al., 1995; Nederlandse versie: van Minnen et al., 2003; zie bijlage 1; de bijlagen bij dit artikel zijn te raadplegen op [www.directievetherapie.nl](http://www.directievetherapie.nl)) om de ernst van trichotillomaniesymptomen te meten. We gebruikten de *Skin Picking Scale* (SPS; Keuthen et al., 2001; Nederlandse versie: Schuck et al., 2010; zie bijlage 2) om de ernst van klachten bij excooriatie-stoornis vast te stellen en de *Zelfcontrolecognitielijst* (ZCCL; Maas et al., 2015; bijlage 3) om de sterkte van 'toegeefcognities' bij ongewenste gewoonten te meten. De MGH-HS en SPS zijn korte zelf-rapportageschalen die door patiënten in circa vijf minuten worden ingevuld en waarmee ernst, duur en frequentie van het ongewenste gedrag, intensiteit van de drang vooraf, en vermijdingsgedrag en hinder ten gevolge van kale plekken of huidbeschadigingen worden vastgesteld. De totaalscore bestaat bij beide schalen uit een optelling van de itemscores. Er zijn geen normgegevens. De ZCCL bestaat uit twee subschalen, namelijk de sterkte van de overtuiging dat het gewoontegedrag belonend is (bijvoorbeeld de overtuiging dat de gewoonte helpt om zich te ontspannen) en de sterkte van de overtuiging dat verzet tegen het gedrag onmogelijk is (bijvoorbeeld de overtuiging geen weerstand te kunnen bieden aan de gewoonte). De psychometrische eigenschappen van de ZCCL zijn goed, het instrument is in vijf minuten in te vullen en de totaalscore hangt in hoge mate samen met die van de MGH-HS en SPS.



Er bestaan geen contra-indicaties voor de protocollaire behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures bij ongewenste gewoonten. De strategieën zijn aan mensen met een normale intelligentie goed te leren. Schadelijke neveneffecten zijn beperkt. Wel is de kans groot dat patiënten die de behandeling beëindigen omdat ze zich niet aan de instructies en de afspraken kunnen houden, opnieuw tegen een teleurstellende ervaring aanlopen. Wanneer van tevoren waarschijnlijk is dat de patiënt een programma als dit niet goed zal uitvoeren, kan een proefbehandeling van enkele sessies zinvol zijn. Bij een proefbehandeling wordt de motivatie van de patiënt getoetst met behulp van registratieopdrachten. Wanneer patiënten niet in staat of bereid zijn hun gedrag middels zelfregistratie vast te leggen, heeft verdere behandeling geen zin. Tijdens de proefbehandeling heeft de therapeut echter wel de gelegenheid de patiënten te helpen en te motiveren om de gemaakte afspraken wel uit te voeren.

#### BEHANDELPROTOCOL

Zelfcontroleprocedures kunnen worden begrepen vanuit de principes van klassieke en operante conditionering. Via *klassieke conditionering* kunnen situatietekenen de neiging tot het uitvoeren van de impuls of het gewoontegedrag ontlokken. Bij situatietekenen kan gedacht worden aan fysieke omgevingskenmerken (bijvoorbeeld bepaalde ruimten, een televisie die aanstaat tijdens telefoneren of tijdens studeren), gevoelens of stemmingen (bijvoorbeeld tot rust komen, zich onrustig of ontevreden voelen), lichamelijke sensaties (bijvoorbeeld een bepaalde lichaamshouding of jeuk) of gedachten (bijvoorbeeld zorgen). Het uitvoeren van dit gedrag gaat gepaard met een verminderde spanning en met enige gevoelens van lust of voldoening. Via *operante conditionering* zijn deze gevoelens van lust of voldoening geassocieerd met het uitvoeren van het gedrag. Het ongewenste gedrag komt vaak voor als patiënten in behandeling komen, meestal meerdere malen per dag. Dat betekent dat de associaties tussen situatietekenen, respons en plezierig gevoel sterk zijn. Uit de principes van klassieke en operante conditionering volgt dat het probleemgedrag zal afnemen als het wordt tegengehouden of uitgesteld. De sterkte van de aangeleerde associaties tussen situatietekenen, gedrag en plezierig gevoel wordt minder naarmate geoefend wordt met het tegenhouden van het gedrag. Dit leerproces werd lange tijd als een uitdoofproces beschouwd. Inmiddels is waarschijnlijker dat het niet om uitdoven gaat, maar om het aanleren en inoefenen van een nieuwe respons op dezelfde situatietekenen (Keijsers, van Minnen, & Hoog-

duin, 2006a). Het oorspronkelijke gedrag neemt af omdat de associatie met het nieuwe, rivaliserende gedrag door oefening en frequente activering in de stimulussituatie, alsmat sterker wordt.

Het tegenhouden van het gedrag wordt in stappen uitgevoerd (steeds langer uitstellen of geleidelijk verminderen van frequentie of duur) en daarnaast worden tussenstappen gezet door situatienkenmerken of karakteristieken van het gewoontegedrag te veranderen. Een roker mag bijvoorbeeld voorlopig nog blijven roken, maar niet meer het merk sigaretten dat de voorkeur geniet; iemand met trichotillomanie mag haartrekken, maar alleen nog in de huiskamer. Bij elk van deze interventies gaat het erom dat de automatische verbindingen die tot het huidige probleemgedrag leiden, veranderen. Daarbij worden de interventies zó gekozen dat de patiënt in staat is en bereid is telkens weer een stap verder te gaan in het opgeven van het probleemgedrag.

Tot slot heeft ook het uitdagen van opvattingen over eigen ongewenst gewoontegedrag een plek gekregen in de gedragstherapeutische behandeling gebaseerd op zelfcontroleprocedures. Ongewenst gewoontegedrag gaat vaak gepaard met opvattingen. Voorbeelden zijn: 'Ik kan het toch niet tegenhouden, eentje nog, dan stop ik.' Of: 'Ik heb het nodig om rustig te worden.' Het is onbekend of deze opvattingen een ondergeschikte of juist centralere rol spelen bij het gewoontegedrag. Wel werden in een gecontroleerde studie bij patiënten met trichotillomanie vergelijkbare behandelresultaten gevonden voor pure cognitieve therapie en voor gedragstherapie (Keijsers et al., 2016). Ervaring leert dat cognitieve therapie op natuurlijke wijze aanvult op de gedragstherapeutische interventies.

De besproken behandeling bestaat uit zeven sessies die idealiter tweewekelijks plaatsvinden en is opgebouwd uit diverse elementen. Die worden hierna besproken.

► **RATIONALE** Een zelfcontroleprocedure is erop gericht de patiënt meer greep te laten krijgen op het ongewenste gedrag. Als de patiënten in behandeling blijven en de gemaakte afspraken nakomen, zal het voor de patiënten aan het eind van de behandeling zo moeilijk worden het gedrag uit te voeren dat ze er in veel gevallen van afzien. Zo zal een sigarettenroker in het begin van de behandeling gemakkelijk negentien sigaretten per dag kunnen roken in plaats van twintig. Het stoppen met de laatste sigaretten die per dag nog worden gerookt is het moeilijkst. Zo verloopt ook de behandeling van ongewenste gewoonten. Een klein stapje op weg naar vermindering, bijvoorbeeld om van 14.00 tot 14.30 uur geen haren te trekken, kan iedere patiënt wel zetten: 'Doordat u zich bewust wordt van het uitvoeren van uw gewoonte, bent u ook beter in staat er invloed op uit te

oefenen. U wordt geholpen stapje voor stapje het gedrag uit te stellen. U leert bijvoorbeeld in plaats van het ongewenste gedrag iets anders te doen waardoor u niet kunt toegeven aan de neiging het gedrag uit te voeren. En wanneer u het ongewenste gedrag toch hebt uitgevoerd, kan worden afgesproken dat u aansluitend bepaalde activiteiten gaat ondernemen.'

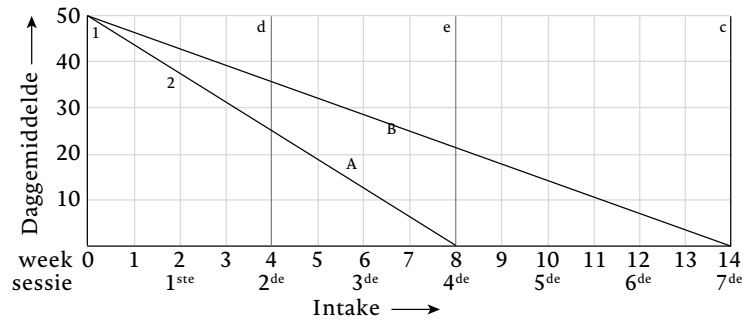
► **REGISTRATIE** Het gewoontegedrag wordt door de patiënt zelf geregistreerd. Op 24-uursregistratieformulieren (zie bijlage 4) vermelden de patiënten hoeveel haren ze hebben getrokken of hoeveel seconden zij met het ongewenste gedrag bezig zijn geweest. Niet alleen frequentie of duur wordt geregistreerd, gedurende een bepaalde periode kunnen ook het tijdstip van de dag, de plek waar het ongewenste gedrag plaatsvindt en eventueel relevant gedrag dat eraan voorafgaand worden bijgehouden. De gegevens worden in een grafiek weergegeven. Hierdoor is verbetering goed zichtbaar en geschikt voor beoordeling door de patiënt. Ook voor de planning van de behandelingsduur — de snelheid waarmee de gewenste verandering wordt bereikt — is de grafische voorstelling van nut.

Wanneer iemand het advies krijgt om bepaald ongewenst gedrag te observeren, ontstaat er vaak een afname van dat gedrag (zie bijvoorbeeld Korotitsch & Nelson-Gray, 1999; Maas et al., 2013). In de volgende sessie wordt de frequentie of duur van het probleemgedrag met de bij aanmelding genoemde frequentie of duur vergeleken. Deze twee cijfers zijn uitstekend geschikt om in de grafische weergave te zetten om hiermee een planning voor het verdere verloop van de behandeling aan te geven. Bovendien kan de grafiek gebruikt worden om de patiënten te motiveren binnen de gestelde tijd hun doelen te bereiken.

#### VOORBEELD

Een patiënte trekt per dag gemiddeld vijftig haren uit. In aansluiting op het advies dit te registreren trekt zij in de periode voorafgaand aan de volgende sessie nog maar gemiddeld 38 haren uit per dag. Deze twee punten (1 en 2) worden in de grafiek geplaatst en de verbindingslijn A wordt getrokken van 1 naar 2 tot de tijdas wordt gesneden (zie figuur 1). De tijdas wordt op de achtste week gesneden.

Wanneer de patiënte het haartrekken in dit tempo blijft verminderen, zal zij in de achtste week klachtenvrij zijn. Om dit punt verder te accentueren wordt ook lijn B getrokken, van punt 1 naar het punt op de tijdas dat overeenkomt met het tijdstip van sessie 7 (veertien weken). Deze lijn geeft het tempo weer waarin de patiënte moet verbeteren om ten tijde van de zevende sessie beter te zijn. De patiënte kan gefeliciteerd worden met het



FIGUUR 1

Daggemiddelde (y-as) per week (x-as) van aantal getrokken haren in de loop van de behandeling

bereikte resultaat: lijn A (van 1 naar 2) ligt immers onder behandelingslijn B. De patiënte verbetert sneller dan werd verwacht. Lijn c wordt opgezet ter accentuering van de deadline.

Voor de planning van het aantal haren die gemiddeld per dag kunnen worden uitgetrokken op het moment van de volgende sessie, wordt een loodlijn opgericht op de tijdas op de plaats van de volgende sessie (lijn d, e enzovoort). Met behulp van de grafiek wordt de patiënte uitgelegd dat zij bij de volgende sessie gemiddeld nog 35 haren (zie snijpunt van lijnen d en B) kan uittrekken en toch op weg is naar een succesvolle afloop van de behandeling. Terloops echter wordt de patiënte verteld dat indien zij haar eigen hoge tempo houdt, dit maar 24 haren (zie snijpunt van lijnen A en d) zullen zijn. In de volgende sessies wordt deze procedure steeds herhaald.

- **BEWUSTWORDINGSPROCEDURE** Veel patiënten beschrijven dat hun gewoonte meestal ongemerkt plaatsvindt. Door de zelfregistratie wordt de patiënt zich steeds meer bewust van zijn gedrag. Andere hulpmiddelen kunnen zijn: een sterk geurend parfum op de hand of rinkelende armbanden, zodat de opmerkzaamheid van de patiënt wordt vergroot wanneer de hand naar de mond, het hoofd of het haar wordt gebracht.
- **KETENANALYSE** De patiënt wordt gevraagd de gedachten en handelingen die voorafgaan aan het ongewenste gedrag en de gedachten en de activiteiten die erop volgen in kaart te brengen.

**VOORBEELD**

Ter illustratie volgt hier een keten van gedachten en handelingen van een nagelbijtster: een vervelend gesprek met Toine — voel me in de steek gelaten — verlang om naar de slaapkamer te gaan om nagels te gaan bijten, denk: moet nu even — loop naar boven — ga op de rand van het bed zitten — bekijk de hand en kijk welke vinger — breng de hand naar de mond en bijt — voel tijdens het bijten het verlangen om te stoppen — ga toch verder en stop uiteindelijk met bijten — voel spijt weer te hebben toegeven — zoek afleiding.

Een dergelijke uitvoerige ketenanalyse is van belang omdat iedere schakel in de keten de mogelijkheid van een interventie biedt (zie 'Stimulusresponsinterventie' hierna). Bovendien kunnen de eventuele antecedente factoren dusdanig worden beïnvloed dat ze een geringere rol gaan spelen bij het ontstaan van de klachten.

► **STIMULUSCONTROLE** Bij stimuluscontrole wordt geprobeerd invloed uit te oefenen op de factoren die de kans op het ontstaan van het ongewenste gedrag groter maken. Zo kan een schaal met koekjes beter uit het zicht worden gehouden van iemand met snoepneigingen. Wanneer mensen haartrekken terwijl ze bijvoorbeeld televisiekijken, zou onderzocht kunnen worden hoe dit te voorkomen. Het zou een idee kunnen zijn de patiënten alleen televisie te laten kijken terwijl ze iets in de handen hebben, bijvoorbeeld een boek, of er op een andere manier voor te zorgen dat de handen niet beschikbaar zijn, bijvoorbeeld door ze in de broekzak te steken of erop te gaan zitten. Met een roker kan afgesproken worden dat het verminderen van roken nu wellicht nog te moeilijk is maar dat de roker voortaan niet meer het favoriete merk sigaretten koopt. Ook kan het van nut zijn met de patiënt afspraken te maken over beperkingen van het gedrag. De patiënten met ongewenste gewoonten zijn meestal goed in staat de gewoonte(n) in enige mate te plannen. Zo kan een beperking in tijd afgesproken worden. Dit houdt in dat een patiënte met trichotillomanie gedurende een bepaalde periode, bijvoorbeeld van zes tot zeven uur 's avonds, geen haren trekt. Ook een beperking in plaats is mogelijk. Dit houdt in dat met de patiënt wordt afgesproken het ongewenste gedrag — indien de patiënt aangeeft dat ook te kunnen — alleen nog maar uit te voeren op een bepaalde plaats, bijvoorbeeld op het toilet. Een andere variant is met de patiënt af te spreken het haartrekken na te laten in situaties waarin het gedrag toch al weinig voorkomt.

► **STIMULUSRESPONSINTERVENTIE** De gedetailleerde keten van gedragingen en gedachten die leidt tot het ongewenste gedrag en de daaropvolgende spijt- en schuldgevoelens, biedt vele mogelijkheden om te interveniëren. Het principe van de incompatibele respons biedt elegante mogelijkheden om het ongewenste gedrag (tijdelijk) niet uit te voeren. De neiging om op de duim te zuigen kan bijvoorbeeld goed worden voorkomen door de hand in de broekzak te stoppen en gedurende tien minuten daar te houden — een werkelijk met duimzuigen onverenigbare respons.

► **RESPONSCONSEQUENTIES** Zichzelf belonen speelt in de zelfcontroleprocedure geen grote rol. Het is nogal gekunsteld zichzelf iets toe te staan wat prettig is, nadat een bepaald doel is bereikt. Of mensen doen dit al, of ze kunnen het zich ook nu niet permitteren of het is voor hen al een beloning dat het doel is bereikt. Ook tegen zelfbestrafing bestaan grote bezwaren; het doet eveneens nogal kinderachtig aan. Wat wel zin heeft, is een bepaalde consequentie te laten uitvoeren in aansluiting op symptoomgedrag. Van dit soort consequenties moet vaststaan dat het uitvoeren ervan voor de patiënt van nut is, terwijl dit als niet prettig of als inspannend wordt beleefd en meestal nagelaten wordt. Het kunnen allerlei nuttige activiteiten zijn waaraan de patiënt moeilijk toekomt en die hij dus te weinig doet. Dit zijn de zogenaamde te-veel-en-te-weinig-consequenties: veel symptomen worden gevolgd door veel consequenties. Of men nu afziet van het gewoontegedrag of de consequenties uitvoert, in beide gevallen is er sprake van een positieve ontwikkeling.

Geschikt als te-veel-en-te-weinig-consequenties zijn bijvoorbeeld activiteiten waarvoor het motto 'een gezonde geest in een gezond lichaam' opgaat, waarbij inspanningen zoals wandelen, fietsen en andere activiteiten ter verbetering van de conditie moeten worden uitgevoerd. Een tweede groep van activiteiten die geschikt is als te-veel-en-te-weinig-consequentie is 'doe eens iets voor een ander', waarbij moet worden gedacht aan familieleden, burens en kennissen bezoeken of spelletjes doen met de kinderen. De derde categorie van te-veel-en-te-weinig-consequenties valt samen te vatten onder de term 'achterstallig onderhoud'. Hieronder vallen: schuur opruimen, foto's inplakken, strijken, kasten opruimen, boekhouding, achterstallige mail afhandelen, enzovoort.

Van tevoren wordt een lijst gemaakt van activiteiten die geschikt zijn en als consequentie kunnen worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld: dertig minuten wandelen wanneer een bepaalde afspraak niet is nagekomen.

► **TERUGVALPREVENTIE** De kans op terugval bij succesvol behandeld ongewenst gewoontegedrag is relatief groot. De precieze reden voor de hoge terugvalpercentages is onbekend. Lagere terugvalpercentages in een aantal studies met geplande herhalingsessies na behandeling en in enkele studies met langer durende behandelingen (zie 'Onderzoeksbevindingen') wijzen op de mogelijkheid dat een vermindering van het ongewenste gedrag de nodige tijd vergt. Door oefening wordt de associatie tussen de stimulussituatie en de nieuwe respons (niet toegeven aan de gewoonte) steeds sneller geactiveerd, maar de associatie met de oude respons verdwijnt niet. Ze is alleen niet meer actief. Helaas sluit dat niet uit dat in de maanden en jaren na behandeling iemand in de favoriete stimulussituatie toch zo nu en dan een onverwachte reactivering van de oude respons kan ervaren (Keijsers et al., 2006a).

#### VOORBEELD

De patiënte is een studente kunstgeschiedenis. Ze is nogal verlegen. Ze krabde dagelijks aan oneffenheden in haar gezicht. Met behulp van de behandeling heeft ze voor het eerst sinds zeven jaar een maand lang niet meer gekrabd. Ze heeft het zingen in een koor weer opgepakt en ze heeft een afspraak gehad met de studietoelichting. Er ligt nu een schema om de studie op te pakken en weer naar de werkcolleges te gaan. Op zondagavond kan ze niet slapen. Ze piekert over de werkcolleges en over het feit dat verwacht wordt dat ze weer actief aan de besprekingen gaat deelnemen. Om een uur 's nachts houdt ze het niet langer uit. Ze gaat naar de badkamer en begint als vanouds voor de spiegel aan haar gezicht te krabben.

Wanneer de behandeling succesvol verloopt en het ongewenste gedrag verregaand is teruggebracht, is het noodzakelijk aandacht te besteden aan het voorkomen van recidieven. De patiënt wordt alert gemaakt op factoren waardoor een incidentele misser (een keer toegeven aan de neiging) uitmondt in een echte terugval (waarbij de geleerde zelfcontroleprocedures losgelaten worden en de patiënt het opgeeft). Het is uiterst belangrijk dat patiënten begrijpen dat 'missers' (een dag waarop het weer eens helemaal fout gaat) bij de behandeling horen en eigenlijk ook niet goed te voorkomen zijn. Maar met de juiste strategie en goede voorbereiding kan wel voorkomen worden dat een misser leidt tot een daadwerkelijke terugval.

De duur van de behandeling kan wisselen. Wanneer de klachten na vijf sessies niet relevant zijn verminderd, lijkt het weinig nut te hebben de behandeling te continueren. Naast de zeven behandelingsessies

waarin de klachten het liefst tot nul worden afgebouwd, zijn enkele vervolgspraken nodig over een periode van een halfjaar tot een jaar.

### ¶ Sessie I

► **KLACHTENINVENTARISATIE** Neem even de tijd om kennis te maken. Begin dan met de inventarisatie van de klachten, met gebruikmaking van de gegevens die in de intake al verzameld zijn. Vraag niet alleen naar frequentie en duur, maar breng ook de sequentieketen van het ongewenste gedrag in kaart. Vraag het gedrag van de patiënt nauwkeurig uit: Waaruit bestaat het gedrag? Wanneer en hoe lang is de patiënt ermee bezig? Is er aanleiding voor het gedrag? Zijn er omstandigheden die het gedrag uitlokken, verergeren of doen afnemen? Wat gaat er vooraf aan het gedrag en wat gebeurt erna? Zijn er in stand houdende factoren? Wat zijn de consequenties van het gedrag?

Als het gewoontegedrag wordt uitgevraagd, is het handig om de patiënt te vragen het gedrag voor te doen. Dit is informatief, niet alleen om het te zien, maar ook omdat patiënten, terwijl ze het voordoen, ineens beter kunnen uitleggen hoe het in zijn werk gaat.

Maak een zorgvuldige inventarisatie van situaties waarin het ongewenste gedrag zich vaak voordoet. Patiënten hebben vaak een of twee voorkeursituaties waarin ze het ongewenste gedrag vrijwel dagelijks uitvoeren. Daarnaast zijn er allerlei situaties waarin het gedrag zo nu en dan voorkomt maar men het met enige oplettendheid best had kunnen tegenhouden. In sessie 2 bieden deze 'overbodige' situaties goede mogelijkheden voor interventies. Vraag ook door op het verloop van het gedrag door de jaren heen. Wanneer en hoe is het ongewenste gedrag ontstaan? Hoe is het verloop geweest sindsdien? Zijn er klachtenvrije perioden geweest? Vaak heeft de patiënt zelf al pogingen ondernomen om het gedrag te stoppen. Waarom zijn deze pogingen niet geslaagd? Wat heeft wel geholpen? Ook informatie over de effecten van eerdere behandelingen is van belang.

► **RATIONALE** Tijdens de eerste sessie wordt de rationale besproken. Het is de bedoeling dat de patiënt tijdens de intake al in enige mate over de behandeling werd geïnformeerd (zie bijlage 5).

*‘Een ongewenste gewoonte begint vaak in de kindertijd als gedrag waar mensen geen last van hebben. Soms heeft het ongewenste gedrag aanvankelijk een doel gehad. Het kan bijvoorbeeld zijn opgetreden als reactie op een nare*



gebeurtenis of in een situatie waarin mensen angstig of gespannen waren. Als door dit gedrag de angst of spanning is verdwenen, kan het zijn dat het gedrag blijft bestaan. In een volgende situatie waarin men gespannen is, kan het gedrag weer gaan plaatsvinden (als het ware om het “leed te verzachten”). Ook kan het zijn dat de ongewenste gewoonte als “normaal” gedrag is begonnen, maar door het herhaaldelijk optreden ervan een gewoonte is geworden. Mensen zoeken vaak pas hulp als het gedrag vaker voorkomt of als het nadelige gevolgen heeft, zoals kaal worden bij haartrekken of lelijke handen krijgen bij nagelbijten. Het gedrag is dan echter moeilijk te stoppen. Er is inmiddels een sterke neiging ontstaan het gedrag uit te voeren. Niet uitvoeren van het gedrag heeft nogal eens een toename van spanning tot gevolg. Bovendien wordt het gedrag zelf vaak als prettig ervaren. Pas achteraf voelt men zich schuldig. Het gedrag verloopt vaak automatisch en wordt soms nauwelijks opgemerkt. Er kan ook spanning voorafgaan aan het gedrag en dit maakt dat men er toch maar aan toegeeft en het gedrag uitvoert. Het kan ook zijn dat de drang te groot is om er weerstand aan te kunnen bieden. In principe is beheersing echter mogelijk.

Aangeleerd gewoontegedrag kan ook weer worden afgeleerd. Daarvoor is het nodig dat u zich op de eerste plaats zo goed mogelijk bewust wordt van uw gedrag. Zonder bewustwording kunt u het niet veranderen. Om u daarbij te helpen zullen wij hulpmiddelen aandragen om uw bewustzijn van het gedrag te vergroten. Dat lukt niet meteen, u moet het leren. Verder is het nodig dat u gaat bijhouden hoe vaak het gedrag voorkomt, bijvoorbeeld door de duur of het aantal keren te noteren.

De behandeling is erop gericht u hulpmiddelen te geven om het gedrag geleidelijk te laten afnemen. Stapsgewijs wordt er, samen met u, een programma opgesteld dat het u als het ware gemakkelijk maakt om niet aan uw gewoonte toe te geven. Dat gebeurt geleidelijk en in uw eigen tempo. De stappen voert u zelf thuis uit. Daarvoor krijgt u huiswerkopdrachten. Het uitvoeren van huiswerkopdrachten is heel belangrijk. Het is daarom van belang dat u alleen huiswerkafspraken maakt waarvan u zeker bent dat u erin zult slagen ze uit te voeren; liever kleine stapjes die lukken dan grote stappen zonder succes. Het is echt nodig telkens goed met uw therapeut te overleggen wat op dat moment haalbaar is voor u. Een dergelijk programma met behulp van zelfcontroleprocedures is effectief. Als het u lukt om u aan de huiswerkopdrachten te houden, is er een grote kans dat u van de klachten afkomt.’

Vertel dat het om een korte behandeling gaat (zeven sessies). Daarna gaat de patiënt alleen verder met alle hulpmiddelen en oefeningen die zijn aangereikt. Vertel ook dat ‘missers’ (‘U geeft weer eens toe’) tijdens de behandeling en na de behandeling voor kunnen komen. ‘We bespreken hoe u ervoor kunt zorgen dat die missers geen echte terugval worden. Ze horen erbij. Daarop goed voorbereid zijn voorkomt echte terugval.’

- **REGISTRATIE** Bespreek aan het einde van de eerste sessie het huiswerk. Vraag de patiënt het ongewenste gedrag te gaan registre-

ren. Zoek naar een manier om het gedrag zo goed mogelijk weer te geven, zodat veranderingen gedurende de behandeling zichtbaar worden. Hiertoe kan een 24-uursregistratieformulier gebruikt worden (zie bijlage 4). Op dit formulier wordt aangegeven wanneer en hoelang het gedrag plaatsvindt. Met behulp van voetnoten kan de patiënt onder aan of op de achterkant van het formulier aangeven wat er aan het gedrag voorafging (situatie, gedachten en gevoel). Introduceer het 24-uursregistratieformulier, neem door hoe de patiënt het gaat invullen en mail het registratieformulier. Spreek af met de patiënt om de ingevulde formulieren elke sessie mee te nemen of te mailen.

Ga na of er naast de 24-uursregistratie ook andere middelen zijn waarmee de ernst van de klacht kan worden vastgelegd. Denk bijvoorbeeld aan het aantal haren of nagels die respectievelijk getrokken of gebeten worden, of het aantal tics binnen een bepaalde tijd. Deze lenen zich voor een heldere gedragsregistratie van de klachten. Ze worden thuis geteld en indien mogelijk per week in een enveloppe gedaan en naar de sessies meegenomen.

Vraag de patiënt om de registratiegegevens op grafiekpapier weer te geven en de grafiek iedere sessie mee te nemen. Steeds vaker geven patiënten er de voorkeur aan om de registratiegegevens via grafiekfuncties van Word of Excel bij te houden en de bijgewerkte tabel op de dag van de sessie te mailen. Met de grafiek wordt een verandering in het optreden van het ongewenste gedrag gevisualiseerd en vervolgens wordt deze verandering besproken. Wees bij verbetering enthousiast en stimulerend, bij verslechtering bezorgd en steunend. Onderzoek in dat laatste geval waarom de klachten zijn toegenomen. Uit onderzoek is immers gebleken dat zelfregistratie van ongewenst gedrag in het begin meestal leidt tot vermindering van het gedrag (Korotitsch & Nelson-Gray, 1999; Maas et al., 2013).

In deze en de volgende sessie kan het voorkomen dat patiënten vertellen over een automatische gedachte die onmiddellijk voorafging aan het ongewenste gewoontegedrag. Het is zinnig op te merken dat dit een interessante gedachte is en dat u deze gedachte alvast noteert omdat u verderop in de behandeling aandacht zult gaan besteden aan dit soort automatische gedachten. Vraag of juist deze gedachte vaak voorkomt. Vraag ook wat de patiënt van deze gedachte vindt. Het gebeurt regelmatig dat patiënten zeggen dat deze gedachte het moeilijker maakt om het ongewenste gedrag tegen te houden. Zeg dan dat dit een waardevolle opmerking is en dat u hierop beslist gaat terugkomen.

- **HUISWERK** 24-uursregistratie (zie bijlage 4) en gedragsregistratie indien afgesproken.

## ¶ Sessie 2

- **HUISWERKBESPREKING** De 24-uursregistratie wordt besproken. De grafiek met registratiegegevens wordt bestudeerd en met behulp van hulplijnen (zie figuur 1) wordt het tempo van de verbetering weergegeven, naast het tempo dat nodig zal zijn om binnen zeven sessies (veertien weken) klachtenvrij te zijn. Met behulp van de getrokken lijn B kan worden vastgesteld wat de maximale score mag zijn om binnen de vastgestelde termijn vrij van klachten te zijn.

- **BEWUSTWORDINGSPROCEDURE** Sta stil bij de negatieve consequenties van het ongewenste gedrag. Het kan geen kwaad de negatieve gevolgen op de langere termijn goed aan te geven, bijvoorbeeld dat bij haar uittrekken de haren uiteindelijk niet meer terugkeren, of dat er bij ernstig nagelbijten ontstekingen kunnen ontstaan. Het is ook van belang de registratieopdrachten in dit perspectief te bespreken. Iedere keer dat de patiënten iets moeten registreren worden ze geconfronteerd met het gewoontegedrag. Verstoppertje spelen kan niet meer.

Voor gewoontegedrag waarbij de hand in de buurt van het hoofd komt — nagelbijten, haartrekken, krabben en pulken — kan nu voorgesteld worden gebruik te gaan maken van een parfum met een afwijkende, doordringende geur, dat op de handen wordt aangebracht. Ook rinkelende armbanden kunnen de patiënt helpen op te merken dat de hand weer onderweg is om haren te gaan uittrekken (zie ook 'Bewustwordingsprocedure' op p.288). Ook andere hulpmiddelen kunnen behulpzaam zijn: pleisters om de wijsvingers of vette mascara op wimpers bij trichotillomanie, opvallende nagellak bij nagelbijters enzovoort. Maak in dit verband vooral het principe duidelijk: een opvallend middel op het lichaam, de kleding of in de ruimte dat fungeert als sein dat men bezig is om met het gewoontegedrag te beginnen. Zoek samen naar een bruikbaar middel. 'Bruikbaar' betekent dat het middel opvallend genoeg is, maar ook dat het middel verkrijgbaar en betaalbaar is, dat het te verdragen is en dat het acceptabel is om het middel aan te brengen. Let er kortom op dat de patiënt zichzelf het middel daadwerkelijk ziet toepassen.

- **RESPONSCONSEQUENTIES** Bespreek het te-veel-en-te-weinig-principe. Deze welwillende beproevingen worden te zijner tijd als consequentie door de patiënt uitgevoerd en bestaan uit het doen van nuttige zaken waaraan de patiënt niet meer toekomt. Geef

voorbeelden van te-veel-en-te-weinig-activiteiten. Zoals eerder vermeld vallen de activiteiten in de volgende categorieën:

- ▶ een gezonde geest in een gezond lichaam;
- ▶ doe eens iets voor een ander;
- ▶ achterstallig onderhoud.

Vraag de patiënt of het idee van te-veel-en-te-weinig-activiteiten duidelijk is en vraag hem als huiswerk een lijst van activiteiten op te stellen met behulp van bijlage 6 en deze naar de volgende sessie mee te nemen.

Het uitvoeren van deze activiteiten na het uitvoeren van symptoomgedrag brengt de patiënten in een interessante positie: zij hebben ofwel veel toegegeven aan hun gewoonte, met als gevolg dat veel nuttige dingen zijn uitgevoerd, ofwel minder toegegeven aan hun symptoom. In beide gevallen is er voor de patiënt een situatie die als positief kan worden beschreven. Het blijkt een goede zaak patiënten duidelijk te maken dat ze met een dergelijk programma altijd op de goede weg zijn. Vriendelijk kan patiënten worden gezegd dat het vanaf nu minder erg is toe te geven, er wordt immers aan een betere conditie gewerkt, er worden daden van naastenliefde verricht, of eindelijk worden de klusjes die al lang op afhandeling wachtten uitgevoerd. Interessant is dat ondanks deze positieve benadering van de consequenties de patiënt deze activiteiten toch als vervelende consequentie (lees: straf) blijkt te ervaren.

- ▶ **STIMULUSCONTROLE** Leg uit dat nu ideeën bedacht zullen worden voor veranderingen in de situaties waarin de patiënt gewend is om aan het gewoontegedrag toe te geven. Leg het principe van stimuluscontrole uit. Bespreek mogelijkheden voor stimuluscontrole (zie ook 'Stimuluscontrole' op p.289). Behulpzame voorbeelden zijn: koekjestrommel uit het zicht zetten, etensresten niet bewaren maar weggooien, sigaretten op zolder opbergen, haren alleen nog uittrekken met de linkerhand, niet op de bank blijven zitten als men wil gaan krabben maar op de stoel plaatsnemen.

Onderzoek vervolgens ook de mogelijkheid het gewoontegedrag vanaf nu nog alleen op bepaalde plaatsen uit te voeren. Vaak doen patiënten dat al. Haartrekken bijvoorbeeld wordt alleen nog in de badkamer verricht waar ongestoord kan worden getrokken zonder dat familieleden commentaar leveren. Heeft de patiënt een dergelijke plek, dan wordt afgesproken dat de patiënt zich vanaf nu ook echt zal beperken tot deze ruimte om zijn gewoonte bot te vieren. Tevens kan het verstandig zijn in deze ruimte een klok te plaatsen

ter ondersteuning van de registraties. Heeft de patiënt geen specifieke ruimte waarin het gewoontegedrag wordt uitgevoerd, dan wordt in overleg tot een of twee ruimten besloten, mits de patiënt zichzelf in staat acht dit vol te houden. Ook kan gekozen worden voor een beperking in tijd. Dit kan inhouden dat de patiënt slechts een beperkte tijd mag besteden aan de ongewenste gewoonte (bijvoorbeeld alleen krabben tussen 20.00 en 20.30 uur 's avonds, of elk uur hooguit een kwartier). Ook kunnen activiteiten die gerelateerd zijn aan de ongewenste gewoonte in tijd en ruimte beperkt worden.

#### VOORBEELD

Een patiënte trok aan haar haren als ze zichzelf verzorgde en als er een spiegel in de buurt was. De meeste haren trok ze 's ochtends uit in de badkamer. Eerst werden op de gang en op haar slaapkamer de spiegels tijdelijk verwijderd, en werd afgesproken dat ze de zelfverzorging die een spiegel vereist alleen nog in de badkamer zou doen. Daarna werd de zelfverzorging in de badkamer beperkt in tijd. Ze kreeg de tijd om 'normale' zelfverzorgingsactiviteiten te doen (douchen, opmaken, tandenpoetsen), maar er bleef maar weinig tijd over om haren te trekken. De tijd werd bijgehouden met een stopwatch.

In combinatie met beperking in plaats of tijd of als alternatief daarvoor, kan het ook behulpzaam zijn om op de 'overbodige' situaties terug te komen. Leg het volgende uit: *'De meeste mensen met ongewenste gewoonten kennen situaties waarvan ze menen dat ze daarin het gewoontegedrag beslist niet kunnen tegenhouden of uitstellen. Maar bijna iedereen kent ook situaties of momenten waarin het gewoontegedrag af en toe voorkomt maar best tegengehouden had kunnen worden. Hebt u dat ook?'* Als de patiënt dat herkent, bespreek dan de mogelijkheid om met dit 'overbodige' gewoontegedrag te stoppen. Mogelijk dat reminders daarbij wel nodig zijn, zoals een post-it op de agenda op tafel tijdens vergaderingen of een pleister om een vinger tijdens autorijden.

Het is van belang dat patiënten er zeker van zijn dat ze de voorgestelde veranderingen in de situaties of tijdstippen van het gewoontegedrag echt kunnen uitvoeren. Is dat zo, dan is een eerste succes snel behaald. Is dat niet zeker, vraag dan door op wijzigingen in situaties en tijdstippen die wel uitvoerbaar zijn in de komende twee weken.

► HUISWERK

- 1 24-uursregistratie (zie bijlage 4) en gedragsregistratie indien afgesproken.
- 2 Te-veel-en-te-weinig-lijst maken met behulp van bijlage 6.
- 3 Aanschaffen van parfum of armbanden of andere hulpmiddelen ter vergroting van de bewustwording.
- 4 Stimuluscontrole.

¶ Sessie 3

► HUISWERKBESPREKING Breng de registratiegegevens in de grafiek aan, trek eventuele hulplijnen en bespreek de prognose als dit tempo van verbetering wordt aangehouden. Bespreek daarna gezamenlijk de lijst met te-veel-en-te-weinig-activiteiten (bijlage 6).

► BEWUSTWORDINGSPROCEDURE Vraag naar de aankoop van parfum, armbanden, pleisters of andere hulpmiddelen die waren afgesproken om bewustwording te vergroten. Bespreek nog eens de negatieve gevolgen van het gewoontegedrag op de korte en de lange termijn en benadruk daarna opnieuw het belang om zich van het gewoontegedrag bewust te worden met behulp van de 24-uursregistratie en overige hulpmiddelen.

► STIMULUSCONTROLE EN ANTECEDENTE FACTOREN Vraag goed door op stimuluscontrole: het verrichten van het gewoontegedrag in de vastgestelde ruimten of tijd. Is het gelukt om wijzigingen in het gewoontegedrag aan te brengen? Hoe was het om het gedrag alleen nog in de afgesproken ruimte of op afgesproken tijdstippen te verrichten? Bleek het haalbaar? Complimenteer de patiënt met een goed uitgevoerde opdracht, ook al is de ernst of frequentie van het gewoontegedrag niet verminderd.

Vaak wordt gewoontegedrag voorafgegaan door factoren die de kans op het gewoontegedrag vergroten. Het kan gaan om een bepaalde gemoedstoestand (spanning, somberheid, zich gehaast voelen, verveling) of om bepaalde karakteristieken van een situatie (alleen zijn, televisiekijken). Antecedente factoren als spanning, somberheid of alleen zijn, zijn te algemeen als aangrijpingspunt voor systematische beïnvloeding van een ongewenste gewoonte. Soms echter gaan heel specifieke factoren aan het gewoontegedrag vooraf. Voorbeelden zijn jeuk als haar terugkomt, trekken van de huid als korstjes zijn ontstaan of woelen door het haar voorafgaand aan haartrekken. Dergelijke specifieke antecedente factoren lenen zich wel voor interventies. Ga met de patiënt na of zich dergelijke specifieke antecedente factoren voordoen. Let op een specifieke

stemming, zoals verveling, en let op lichamelijke sensaties als jeuk, droge huid of huidirritatie, of op voelen, betasten of controleren van plekken op het lichaam. Vraag de patiënt voor de volgende sessie om uit te zoeken of er hulpmiddelen zijn om de jeuk of gevoeligheid van de huid te verminderen of stel voor dat de patiënt gaat uitzoeken of lichamelijke sensaties of een specifieke stemming via bepaald gedrag beïnvloed kunnen worden.

CASUS MENEER JASPERS: HYPOCHONDRIE EN EXCORIATIESTOORNIS

Meneer Jaspers is een man van middelbare leeftijd die in behandeling komt voor hypochondrie en excoriatiestoornis. Hij is geobsedeerd door het krijgen van kanker en de daardoor naderende dood. Deze angst heeft ertoe geleid dat hij zichzelf niet meer in de spiegel durft te bekijken uit angst daar aanwijzingen voor deze ziekte te zien. Ook vraagt hij zijn vrouw steeds om geruststelling. Daarnaast heeft hij de gewoonte de huid net boven de enkels kapot te krabben, met als gevolg tientallen zwerende wonden van één tot anderhalve centimeter groot en infecties door het wegkrabben van de korsten.

Bij de behandeling wordt ervoor gekozen eerst de hypochondrie te behandelen. Met behulp van exposure en responspreventie lukt het om de angst kanker te hebben met succes aan te pakken. Vervolgens wordt het krabben behandeld.

Soms lukte het meneer Jaspers om maar enkele wondjes te hebben, maar door de jeuk begon hij opnieuw te krabben en maakte hij alles weer kapot. Een zelfcontroleprogramma werd ingezet met zelfregistratie en een stimulusresponsinterventie die eruit bestond afleiding te zoeken zodra hij merkte te willen krabben, om daarmee het krabben te voorkomen. Tevens werd in overleg met een dermatoloog de jeuk bestreden met mentholpoeder van 2%. Na drie sessies bleken alle krabeffecten te zijn verdwenen. Bij follow-up na drie maanden bleek meneer Jaspers na een infectie in de lies nog eenmaal vijf wondjes te hebben gekrabbd. Hem werd geadviseerd om steeds mentholpoeder in huis te hebben om tijdens een onverhoopt recidief te kunnen gebruiken (Hoogduin, 2010).

- **STIMULUSRESPONSINTERVENTIE** Selecteer nu samen met de patiënt een met de gewoonte onverenigbare (incompatibele) respons (zie ook 'Stimulusresponsinterventie' op p. 290). Voorbeelden zijn contact zoeken met anderen bij de neiging tot haartrekken, aantrekken van handschoenen of de handen in de broekzak steken in het geval van nagelbijten. Deze activiteit wordt vervolgens wan-

neer de neiging om toe te geven aan de gewoonte te sterk wordt, seconden of minuten achtereenvolgens toegepast, afhankelijk van het gedrag: twee minuten bij nagelbijten, tien minuten bij de neiging zich de haren uit te trekken. Daarna mag de patiënt, als dat nog steeds nodig is, het gewoontegedrag uitvoeren. Pas in de sessies hierna zullen consequenties uit de te-veel-en-te-weinig-lijst afgesproken worden als het gewoontegedrag toch plaatsvindt na de incompatibele respons. Nu ligt het accent op goede uitvoering van de stimuluscontrole- en stimulusresponsinterventies. Dat het gewoontegedrag in dit stadium nog steeds uitgevoerd mag worden, helpt daarbij. Neem de tijd om een bruikbare stimulusresponsinterventie te vinden.

► HUISWERK

- 1 24-uursregistratie (zie bijlage 4) met daarop aangekruiste de keren dat de incompatibele respons werd uitgevoerd en gedragsregistratie indien afgesproken.
- 2 Stimuluscontrole en antecedente factoren.
- 3 Stimulusresponsinterventie.

¶ Sessie 4

► HUISWERKBESPREKING Bespreek de 24-uursregistratie en werk de grafiek bij. Bespreek de voortgang van de behandeling aan de hand van de grafiek en de hulplijnen. Stel eventueel de hulplijnen bij.

► STIMULUSCONTROLE EN ANTECEDENTE FACTOREN Kom terug op stimuluscontrole en antecedente factoren. Lukte het om het gewoontegedrag op afgesproken wijze of binnen beperkingen in ruimte of tijd uit te voeren? Hoe was het om dat te doen? Complimenteer de patiënt met goed uitgevoerde opdrachten, ook al is de ernst of frequentie van het gewoontegedrag niet verminderd.

Vraag na of de bespreking van specifieke antecedente factoren in de vorige sessie iets heeft opgeleverd. Zijn er middelen gevonden om antecedente factoren te beïnvloeden of heeft de patiënt daartoe succesvol met bepaalde handelingen geëxperimenteerd? Wat is het effect?

VOORBEELD

Een patiënte kon het haartrekken behoorlijk goed nalaten, behalve als ze een stugge haar voelde. Dan moest die haar eruit. Het trekken van die ene haar vormde vervolgens weer de start om meer haren uit te trekken. Ze ontdekte een werkzame strate-



gie. Meteen als ze een dergelijke haar meende te voelen, wreef ze die haar tussen de andere haren, zodat het moeilijk was om die haar terug te vinden.

- ▶ **STIMULUSRESPONSINTERVENTIE** Sta dan gezamenlijk stil bij de incompatibele respons. Welke incompatibele responsen werden toegepast? Gebeurde dat in alle situaties? Wat was het effect? Nam het ongewenste gedrag af? Zijn aanpassingen van de incompatibele respons nodig?
- ▶ **RESPONSSEQUENTIES** In veel gevallen leidt het consequent toepassen van de incompatibele respons tot een vermindering van het ongewenste gewoontegedrag. Nu zijn afspraken nodig om verdere vermindering van het gedrag nog meer kracht bij te zetten. Er worden daarom afspraken gemaakt over het toepassen van consequenties uit de te-veel-en-te-weinig-lijst. Bijvoorbeeld: bij meer dan twintig haren uittrekken door een patiënt met trichotillomanie volgt voor de 21ste (en vervolgens 26ste, 31ste, enzovoort) twintig minuten wandelen (een item van de te-veel-en-te-weinig-lijst).

Let er bij responsconsequenties op dat de patiënt in staat is om de registratieopdracht goed bij te houden en dat de afspraak heel precies gemaakt wordt. Niet meer dan twintig haren bij een patiënt met trichotillomanie bijvoorbeeld, betekent dat de afspraak ingaat op het moment dat de 21e haar getrokken wordt en de patiënt deze tussen duim en wijsvinger vastheeft. Deze concretisering is nodig omdat patiënten anders weleens willen gaan marchanderen in hun hoofd of de afspraak nu wel of niet is ingegaan.

Vraag de patiënten om op het 24-uursregistratieformulier met een kruisje te noteren wanneer de incompatibele respons of de te-veel-en-te-weinig-activiteiten werden uitgevoerd. Met twee kleuren kan het onderscheid tussen beide worden aangegeven.

Het is beslist niet de bedoeling om veel opdrachten tegelijk te geven. Bewustwordingsprocedures, stimuluscontrole-interventies, stimulusresponsinterventies en responsconsequenties worden alle op maat en met mate ingezet. De patiënt dient de principes te begrijpen waarna er gezocht kan worden naar enkele interventies die voor de patiënt passend en uitvoerbaar zijn. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld aanvalsgewijs last heeft van peuteren en krabben aan de huid, kan de keten er als volgt uitzien: een gespannen gevoel — onrust — naar de slaapkamer gaan

— krabben. Het behandelprogramma kan in dat geval bestaan uit: naar de slaapkamer gaan mag als er eerst een halfuur is gefietst om de spanning uit het lichaam te krijgen. Wanneer de patiënt daarna toch nog wil krabben, is het toegestaan naar de slaapkamer te gaan. Of: eerst met handschoenen aan een halfuur lezen, huiswerk maken, een kast opruimen enzovoort. Daarna kan er desgewenst worden gekrabd. Na het krabben moet de patiënt opnieuw een halfuur de activiteit uitvoeren. Deze verzwaring vindt plaats terwijl de eerder gemaakte afspraken eveneens gehandhaafd blijven.

► HUISWERK

- 1 24-uursregistratie (zie bijlage 4) met daarop aangekruist de keren dat de incompatibele respons en de keren dat te-veel-en-te-weinig-activiteiten werden uitgevoerd, en gedragsregistratie indien afgesproken.
- 2 Stimuluscontrole en antecedente factoren.
- 3 Stimulusresponsinterventie.
- 4 Responsconsequenties.

¶ Sessie 5

► HUISWERKBESPREKING Informeer hoe de toepassing van incompatibele responsen en te-veel-en-te-weinig-activiteiten (responsconsequentie) zijn verlopen. Hoe was het om te doen? Hoe vaak waren te-veel-en-te-weinig-activiteiten nodig? Leverde de uitvoering daarvan problemen op?

► UITLEG AUTOMATISCHE GEDACHTEN UITDAGEN Introduceer nu cognitieve therapie. Vertel ongeveer het volgende: ‘Uit onderzoek weten we dat mensen vaak bepaalde terugkerende gedachten hebben net voordat ze toegeven aan hun ongewenste gewoontegedrag of als ze merken dat ze met het gedrag begonnen zijn. Die gedachten lijken een soort van gewoonten: ze komen vanzelf op en lijken er zo bij te horen dat ze nauwelijks opvallen. We noemen dit daarom ook wel “automatische gedachten”. In dit onderdeel van de behandeling wordt u aangespoord om in de komende weken juist wel bij deze gedachten stil te staan op de momenten waarop u de neiging voelt om aan het gewoontegedrag toe te geven. In dit onderdeel wordt u geholpen om te ontdekken wat er automatisch door uw hoofd gaat en u dan af te vragen of die automatische gedachten wel kloppen en of ze wel behulpzaam zijn bij het bereiken van dingen die belangrijk voor u zijn. Dat doen we met behulp van een speciaal formulier, het ketenformulier.’

► GEZAMENLIJK INVULLEN VAN EEN KETENFORMULIER Neem een leeg ketenformulier (bijlage 7), een exemplaar voor de patiënt

**A. Datum en situatie:** Waar was u en wat deed u? Wat hield u bezig? Hoe voelde u zich?

**11 september 2016**

*Ik was alleen thuis en keek televisie. Ik dacht aan het gesprek met Jacqueline. Zij was tevreden over het rapport dat ik had opgesteld. Daar voelde ik me opgelucht over.*

**B. Net voor of bij start van het gewoontegedrag:** Wat ging er op dat moment door uw hoofd? Hoe geloofwaardig was dat (0-100%)?

1. *Ik moet geen haren trekken!* 60%
2. *Wat maakt het ook uit? Ik heb toch al kale plekken bij mijn oor.* 50%
3. *Ik heb het verdiend om het te doen.* 70%

**D. Uitdagen:** Stel kritische vragen over uw automatische gedachte(n) en formuleer geloofwaardige alternatieven:

1. *Dat klopt, het is echt beter als ik geen haren trek, tenminste, als ik ervan af wil komen.*
2. *Het is echt naar dat ik die kale plek daar heb. Dat het niet meer uitmaakt of ik dan nog trek is onzin! Zo wordt het alleen maar erger.*
3. *Ik had iets goeds verdiend, maar haartrekken is niet goed voor me.*

**C. Effect:** Wat is het effect van deze gedachten?

*Ik geef toe, ik geef op.*

**E. Effect:** Wat betekent dit voor de geloofwaardigheid van de oorspronkelijke gedachten?

1. *Wordt 70%*
2. *Wordt 20%*
3. *Wordt 20%*

FIGUUR 2  
Voorbeeld van een ingevuld ketenformulier

en een voor uzelf. In figuur 2 vindt u een voorbeeld van een ingevuld ketenformulier. Begin bij 'A. Datum en situatie' en vraag de patiënt een recente situatie te beschrijven waarin hij toegaf aan het gewoontegedrag of dat bijna had gedaan. Nodig de patiënt uit om zich in de situatie te verplaatsen: 'U zat op de bank? Wat was er op televisie? Was er iets wat u die avond speciaal bezighield? Met wat voor een gevoel zat u op de bank?' Noteer de situatie in een aantal steekwoorden op het ketenformulier en wees alert op voor de patiënt typerende kenmerken van de situatie, lichaamshouding, lichamelijke gewaarwordingen of stemming.

Ga vervolgens na of de patiënt de start van het ongewenste gewoontegedrag naar boven kan halen. Neem hier de tijd voor en help weer met het aanbieden van prompts: 'U zat op de bank, u keek tele-

visie.' Vraag de patiënt om de ogen te sluiten als dat helpt. Laat de patiënt de details uitvoerig beschrijven. Als de herinneringen scherp zijn, vraag dan: 'Wat ging er door uw hoofd vlak voordat u toegaf aan het gewoontegedrag?'

Identificatie van de cognities die onmiddellijk voorafgaan aan het gewoontegedrag of bij de start ervan vormt de kern van dit onderdeel cognitieve therapie. Vaak ziet de patiënt vrijwel meteen dat de genoteerde gedachten slechts excuses zijn om toe te geven. Dit kan een sterke reactie oproepen: de patiënt moet erkennen dat hij het gewoontegedrag met 'smoesjes' en excuses omgeeft maar feitelijk de dagen zo inricht dat hij goed de gelegenheid heeft om aan het gewoontegedrag toe te geven.

#### DIALOOG

Patiënt: (ogen gesloten) Ik weet nog dat ik me verveelde achter de computer en dat ik een tweede kopje thee wilde gaan halen. In plaats daarvan wreef ik over mijn wimpers en toen liet een haartje los.

Therapeut: Oké, maar nu iets langzamer nog. U wreef over de wimpers en toen? Wat ging er door uw hoofd?

Patiënt: Niks. Het haartje liet vanzelf los.

Therapeut: U wreef over de wimpers en toen?

Patiënt: Ik wilde eigenlijk alleen een haartje selecteren en nog niet trekken. Eigenlijk dacht ik: alleen selecteren en dan zien we wel of ik ga trekken, maar toen ging het haartje vanzelf los.

Therapeut: Had u anders toch ook wel getrokken?

Patiënt: Ja, ik denk dan: mogelijk dat ik het niet doe, maar eigenlijk doe ik het dan toch. Ik denk dan, maar dat gaat heel snel, nou ik heb geprobeerd het niet te doen, maar dat lukt niet. Pech dan. Maar dit keer ging het haartje vanzelf los.

Therapeut: U probeerde even niet te trekken en dan denkt u: dat lukt mij toch niet?

Patiënt: Ja.

Therapeut: En zo gaat dat vaker?

Patiënt: Ja.

Therapeut: Dus hoe?

Patiënt: Dat ik denk: even proberen, mogelijk dat ik het ditmaal kan tegenhouden en dan merken dat dat niet lukt.

Therapeut: Dus de gedachte 'Misschien kan ik het dit keer wel tegenhouden' lokt u juist in de val?

Patiënt: Ja.

Therapeut: Wat vindt u daarvan?

Patiënt: Dat ik zo veel kan denken in misschien maar één seconde. Maar zo gaat het wel ja. Ik hoop als het ware dat ik het ditmaal wel kan tegenhouden, terwijl ik het dan juist opzoek.

Laat de patiënt een 'goede' formulering zoeken van de gedachte. De patiënt kent de gedetailleerde inhoud van de gedachten, maar de gedachten moeten nog in de 'passende' woorden worden gegoten.

De volgende typen automatische gedachten komen voor:

- ▶ **Toegeven is belonend.** Bijvoorbeeld: 'Als ik toegeef word ik rustig, ik heb het verdiend, het troost me.'
- ▶ **Verzet is onmogelijk.** Bijvoorbeeld: 'Ik kan het niet weerstaan, ik word gek als ik het niet doe, ik heb toch geen ruggengraat, ik ben zelig, ik weet dat ik toch ga toegeven.'
- ▶ **Bagatelliseren.** Bijvoorbeeld: 'Wat maakt een keer toegeven nu uit, morgen is er weer een dag, het gaat eigenlijk best goed, ik doe het veel minder dan voorheen.'

Deze en andere varianten staan beschreven in de volgende kader-tekst. Laat de patiënt de automatische gedachten noteren bij B in het ketenformulier (bijlage 7) en de geloofwaardigheid van de gedachten in die situatie weergeven. Vraag bij meerdere gedachten door welke gedachten het meeste gewicht hadden.

#### AUTOMATISCHE OPVATTINGEN OVER HET ONGEWENSTE GEDRAG

Uit onderzoek en ervaring komen een aantal typen automatische gedachten naar voren die voorkomen bij mensen met ongewenst nerveus gewoontegedrag. Hieronder staan deze typen vermeld. Bij elke categorie staan overwegingen vermeld die gebruikt kunnen worden om de deugdelijkheid van deze automatische gedachten te onderzoeken.

##### I. Toegeven is belonend

**Inhoud:** Als ik toegeef aan de neiging word ik rustig; ik heb het verdiend; het troost me; enzovoort.

**Uitdagen:** (1) Het gewoontegedrag biedt dus overduidelijk voordelen, voordelen die u verdient en die u goeddoen? Het is dus begrijpelijk dat u het gedrag wilt behouden? (2) Zijn die zogenaamde voordelen echt of zijn het smoesjes zodat u

mag toegeven? (3) Stel dat u zich in zo'n situatie voor ogen houdt dat het smoesjes zijn, zou u dan toegeven aan de neiging? (4) Zijn er betere alternatieven om die voordelen te verkrijgen?

## 2. Verzet is onmogelijk

*Inhoud:* Ik kan het niet weerstaan; ik word gek als ik het niet doe; ik heb toch geen ruggengraat; ik weet toch dat ik ga toegeven; wat heeft het nog voor zin om het tegen te houden nu het toch al helemaal mis is; enzovoort.

*Uitdagen:* (1) Neem de gedachte eens heel letterlijk: Dus u bent onder geen enkele omstandigheid in staat de neiging te weerstaan? U geeft eraan toe, ook in gezelschap van anderen, in een restaurant bijvoorbeeld? U bent in het geheel niet in staat om u tijdelijk van de onrust af te leiden? Ook niet als u honderd euro zou krijgen om die neiging één uur tegen te houden? (2) Hoe lang blijft de onrust bestaan als u niet toegeeft? Uren? (3) Wat bedoelt u met dat die neiging of die onrust onverdraaglijk is? Wat gebeurt er dan? (4) Kan het zijn dat de kracht van de drang ook iets te maken heeft met wat u gelooft over de drang? Kunt u voorbeelden geven van andere vormen van drang die niet te weerstaan zijn?

## 3. Bagatelliseren

*Inhoud:* Morgen is er weer een dag; het gaat eigenlijk best goed, dus een keertje kan ik me permitteren; wat maakt een paar keer nu uit; enzovoort.

*Uitdagen:* (1) Kunt u uitleggen wat u precies bedoelt met deze gedachte? Is de gedachte geloofwaardig, vindt u? Wat is precies het verschil tussen vandaag toegeven en morgen? Wat is het verschil tussen een keertje en de volgende keer en de keer daarop? (2) Kunt u deze gedachtegang goed uitleggen aan een ander? Zou u dit geloven van een ander?

## 4. Interne tweestrijd

*Inhoud:* Bij interne tweestrijd weet u dat u beslist niet moet toegeven aan de neiging, maar ook weet u diep vanbinnen dat er toch een grote kans is dat het wel gaat gebeuren.

*Uitdagen:* (1) De interessante vraag hier is wat u wilt. De besliste stem lijkt niet de uwe en de stem diep vanbinnen lijkt veel beter op de hoogte van uw zwakheden. Vraag u zorgvuldig, eerlijk en met mededogen met uzelf af of het belangrijk voor u is om toe te geven. (2) Heeft de stem van binnen gelijk, bent u zwak en is het toegeven onafwendbaar? Leg

eens uit dan waarom dat niet toegeven zo moeilijk is? Of neemt u dat maar liever aan zodat u mag toegeven?

### 5. Snowballing

*Inhoud:* De kans op 'snowballing' is aanwezig als een succesvolle ontwikkeling in de behandeling gevolgd wordt door een misser bij mensen die zich juist enorm hebben ingezet om een goed behandelresultaat te behalen en daarbij veel van zichzelf hebben gevegd. Die misser houdt in dat het op een slechte dag onverwacht misgaat en u ineens weer het ongewenste gewoontegedrag uitvoert of beseft dat u het bijna weer zou hebben gedaan. En het ging juist zo goed! De frustratie, zorg en teleurstelling bij zo'n misstap kunnen gepaard gaan met de volgende gedachten: 'Zie je wel, ik kan het echt niet', 'Zie je wel, alles voor niks', 'Het is eerder niet gelukt en nu lukt het ook niet', 'Wat heeft het ook voor zin'.

*Uitdagen:* (1) Hoe behulpzaam is het om dit nu te denken?

Wat is het verstandigst: opgeven na een misser en concluderen dat het aan u niet besteed is, of doorgaan omdat u al zo ver gekomen bent? (2) Is dit een onherroepelijke terugval of is dit een catastrofale interpretatie van een misser die nu eenmaal kan optreden bij veranderingen van gewoontegedrag? Had u kunnen verwachten dat het gewoontegedrag nog weleens de kop zou op steken? Bent u terug bij af of bent u geschrokken? (3) Als u vandaag een misser mee maakte, is er maar één belangrijke vraag en die is: wat doet u morgen? Toch?

► **EERSTE HERINNERING** Als de patiënt zich het moment voor de ongewenste gewoonte niet voor de geest kan halen, vraag dan naar het eerste moment vanaf de start van het gewoontegedrag dat de patiënt zich wél herinneren kan. Ga in op dat moment en help bij het formuleren van de gedachten, zoals hierboven beschreven. Bekijk vervolgens of het mogelijk is om vanaf dit fragment herinneringen aan gedachten naar boven te halen uit momenten hiervoor.

### DIALOOG

Therapeut: Oké, naar schatting bent u vijf minuten bezig en dan denkt u: 'Ik moet nu echt stoppen' en dan stopt u ook.

Patiënt: Klopt.

Therapeut: Was er voor dit moment ook al een moment dat u dacht: 'Ik moet stoppen'?

Help met doorvragen als het de patiënt ook dan niet goed lukt om gedachten naar boven te halen: 'Was u zich op geen enkele wijze bewust van het besluit om te gaan haartrekken? Was er geen enkel verzet tegen dat besluit? Had u op geen enkele wijze van tevoren door dat u ging toegeven? Wat deed u beginnen? Wat deed u stoppen?' Als ook dergelijke vragen negatief worden beantwoord, geef dan de volgende huiswerkopdracht: 'Dat u zich op geen enkele wijze bewust was van automatische gedachten net voor of tijdens het trekken van haren is niet ongewoon. Het is echter zaak dat we deze automatische gedachte(n) wel boven tafel krijgen. Het is van belang om in de komende periode uw aandacht te gaan richten op de gedachten, opvattingen, verwachtingen, beelden of interne gesprekken met uzelf die onmiddellijk voorafgaand aan haartrekken plaatsvinden. Zijn er middelen waarmee u uw aandacht op deze momenten beter kunt richten?' Overleg samen over geschikte hulpmiddelen die kunnen worden gebruikt om de aandacht voor automatische gedachten te vergroten in die situaties waarin de patiënt gewoonlijk aan de ongewenste gewoonte toegeeft: pleisters om de vinger, pleister op huid waar gekrabd wordt, nagels kort knippen, handschoenen of post-its in typerende situaties (zie ook 'Bewustwordingsprocedure' bij sessie 2).

► **UITLEG OVER UITDAGEN** Leg uit dat het identificeren van automatische gedachten stap 1 is en het ingewikkeldst. Is die stap goed verlopen dan kan stap 2 worden gezet. 'Stap 2 bestaat eruit uzelf af te vragen of die gedachten eigenlijk wel kloppen, waarop dat bewijs dan gebaseerd is, of die gedachten mogelijk vooral toch excuses zijn om te mogen toegeven en of die gedachten u helpen te bereiken wat belangrijk voor u is.' De vragen en de alternatieve gedachten worden op het ketenformulier bij 'D. Uitdagen' ingevuld. Geef het formulier over automatische opvattingen over het ongewenste gedrag (bijlage 8) mee en zeg hierop terug te komen in de volgende sessie.

► **HUISWERKVOORBEREIDING** De doelstelling voor het moment is de patiënt te helpen zich bewust te worden van de automatische gedachten bij de start van het ongewenste gewoontegedrag. Als dat goed verloopt, kan thuis ook stap 2 worden gezet. Het is de bedoeling dat de patiënt iedere dag tien minuten aandacht besteedt aan het invullen van het ketenformulier. Het ketenformulier wordt ingevuld voor een situatie waarin daadwerkelijk haren uitgetrokken werden of die situatie van die dag waarop de kans daartoe het grootst was. Het ketenformulier wordt bij voorkeur zo snel mogelijk na de situatie ingevuld. Dan zijn de herinneringen het scherpst en de effecten van bewustwording het sterkst. Vraag de patiënt de ingevulde ketenformulieren mee te nemen naar de volgende sessie en twee ingevulde, typerende formulieren te selecteren voor bespreking.



► HUISWERK

- 1 24-uursregistratie (zie bijlage 4) met daarop aangekruist de keren dat de incompatibele respons en te-veel-en-te-weinig-activiteiten werden uitgevoerd, en gedragsregistratie indien afgesproken.
- 2 Stimuluscontrole en antecedente factoren.
- 3 Stimulusresponsinterventie.
- 4 Responsconsequenties.
- 5 Ketenformulieren (bijlage 7) en het formulier over automatische opvattingen over het ongewenste gedrag (bijlage 8) meegeven.
- 6 Dagelijks (tien minuten) ketenformulier invullen en indien van toepassing de afspraak rond bewustwording vergroten.

¶ Sessie 6

► HUISWERKBESPREKING Informeer hoe de toepassing van incompatibele responsen en te-veel-en-te-weinig-activiteiten is verlopen. Hoe was het om te doen? Hoe vaak waren te-veel-en-te-weinig-activiteiten nodig? Leverde de uitvoering daarvan problemen op?

► STIMULUSRESPONSINTERVENTIE Bespreek nu dat gezocht gaat worden naar verdere verzwaring van de gemaakte afspraken. Introduceer daartoe de metafoor van 'het toegangskaartje' Bespreek met de patiënt dat deze voortaan alleen nog toegeeft aan het gewoontegedrag wanneer hij eerst een 'toegangskaartje koopt'. Dat wil zeggen, voortaan moet hij altijd een incompatibele respons uitvoeren, bijvoorbeeld een halfuur wandelen, voordat toegegeven mag worden aan het gewoontegedrag.

Maak ook afspraken om de sequentie die leidt tot het gewoontegedrag te onderbreken. Bespreek samen de mogelijkheden om op verschillende plaatsen in de ketenanalyse alternatieve gedragingen toe te voegen die door de patiënt uitgevoerd moeten worden. Anders gezegd: er moet steeds een toegangskaartje worden gekocht.

⋮ VOORBEELD

⋮ Een jongeman van 17 jaar had een schuld van € 2500,- opgebouwd met gokken met fruitmachines. Zijn ouders hadden inmiddels zijn rekening laten blokkeren, maar als hij dat wilde zou hij via 'vrienden' wel aan geld kunnen komen. Het contact met de ouders was niet goed. Wel had hij een goed contact met zijn oudere broer, die in de buurt op kamers woonde en tegen wie hij opzag. De afspraak was dat hij geen gokhal of casino meer zou ingaan, maar alleen zou gokken in cafetaria. Tevens werd afgesproken dat de broer bij de volgende sessie aanwezig zou zijn. In

die volgende sessie werd besproken dat de patiënt alleen nog zou gokken als hij dit voornemen eerst aan zijn broer had gemeld. Zijn broer zou hem dan aanhoren en hem er niet van weerhouden. Na drie maanden meldde de patiënt dat hij geen enkele keer meer had gegokt.

► **OPVATTINGEN VERANDEREN** Besteed aandacht aan reacties, opmerkingen of vragen over het bijhouden van de ketenformulieren. Is het goed gelukt? Geef zo nodig extra uitleg en zoek oplossingen voor problemen die zich hebben voorgedaan. Aanpassingen van de registratieopdracht zijn mogelijk, maar handhaaf dat ook in de komende twee weken iedere dag een ketenformulier wordt ingevuld, meteen of snel na het ongewenste gewoontegedrag, of na een situatie met een duidelijke kans daarop. Bespreek dan de inhoudelijke resultaten van de huiswerkopdracht. Spreek waardering uit wanneer de opdracht goed uitgevoerd is. Wat leverde het invullen van de ketenformulieren op? Vraag of de bewustwording van automatische gedachten vrijwel meteen plaatsvond. Vraag dan naar de effecten van deze huiswerkopdracht. Wat levert het bestuderen van automatische gedachten op? Wordt duidelijker wat de automatische gedachten zijn? Komen dezelfde automatische gedachten telkens terug? Wat is het effect van deze gedachten? Beïnvloedt de opdracht het ongewenste gewoontegedrag? Is de patiënt al begonnen met stap 2, het uitdagen?

► **GESELECTEERDE KETENFORMULIEREN BESPREKEN** De resterende tijd van de sessie wordt besteed aan de bespreking van de geselecteerde ketenformulieren. De patiënt noteert. De doelen zijn de patiënt te helpen met het identificeren van automatische gedachten met behulp van het ketenformulier en de patiënt te helpen met het onderzoeken (uitdagen) van de automatische gedachten. Het formulier over automatische opvattingen over het ongewenste gedrag (bijlage 8) is behulpzaam bij het uitdagen.

► **HUISWERK**

- 1 24-uursregistratie (zie bijlage 4) met daarop aangekruist de keren dat de incompatibele responsen te-veel-en-te-weinig-activiteiten werden uitgevoerd.
- 2 Gedragsregistratie.
- 3 Stimuluscontrole en antecedente factoren.
- 4 Responsconsequenties en toegangskaartjes.
- 5 Dagelijks (tien minuten) ketenformulier invullen en indien van toepassing de afspraak rond bewustwording vergroten.

¶ Sessie 7

- ▶ **HUISWERKBESPREKING** Vertel dat dit waarschijnlijk de laatste sessie is. Bespreek de 24-uursregistratie, actualiseer de grafische voorstellingen en besteed aandacht aan de effecten van gemaakte afspraken. Vraag of de incompatibele respons met succes is toegepast, of de te-veel-en-te-weinig-activiteiten werden uitgevoerd en of de opdrachten rond het toegangskaartje zinvol bleken en met succes konden worden uitgevoerd.
  
- ▶ **TERUGVALSCENARIO BESPREKEN** Wanneer de behandeling voorspoedig is verlopen kan in principe worden afgesloten. Wel worden aan het einde van deze sessie meerdere herhalingsessies gepland. Een belangrijk thema voor deze laatste sessie is het voorkomen van terugval. Vraag door op situaties in de afgelopen weken waarin een terugval dreigde of een echte terugval plaatsvond. Bespreek het verloop van die situaties. Wat maakte dat de patiënt toegaf aan het gewoontegedrag of wat weerhield de patiënt er uiteindelijk van om toe te geven? Hoe verliep de terugval? Gaf de patiënt, eenmaal begonnen, zich volledig en langdurig over aan het probleemgedrag, of was er een incidentele misser en werd het gedrag weer snel onder controle gebracht? Welke cognities speelden hierbij een rol? Bespreek, ook wanneer zich geen dreigende terugval heeft voorgedaan, het waarschijnlijkste scenario als er wel een terugval zou plaatsvinden. Vraag de patiënt om aantekeningen te maken van de belangrijkste conclusies uit deze bespreking.
  
- ▶ **‘NOG TWEE HAREN PER DAG’** Het komt met enige regelmaat voor dat het ongewenste gewoontegedrag verregaand is teruggebracht, maar dat het de patiënt niet lukt om de laatste stap te zetten. Iedere dag worden nog twee haren uitgetrokken, of eens in de veertien dagen wordt nog aan een oneffenheid op de huid gekrabd. In principe moet de behandeling dan worden voortgezet; het einddoel is immers nog niet bereikt. Soms lijkt de patiënt wel tevreden zo. In zo'n geval helpt een als-dan-afpraak. Bespreek de mogelijkheid om de behandeling te gaan stoppen en meerdere herhalingsessies af te spreken als de patiënt bereid is tot de volgende opdracht. Is de patiënt bereid om zich stipt aan een als-dan-afpraak te houden? De als-dan-afpraak is een korte (enkele minuten), goed uitvoerbare, maar wel enigszins hinderlijke stimulusresponsinterventie. Kenmerkend is dat de stimulussituatie ('als') en de afgesproken respons ('dan') volstrekt helder zijn gemaakt, zodat de respons onmiddellijk en zonder verdere overweging kan worden uitgevoerd (Gollwitzer et al., 2005). Als-dan-afspraken hebben het voordeel dat ze vaak kunnen worden toegepast, maar hinderlijk blijven doordat ze de rou-

tine van dat moment onderbreken: men kan even niet meer televisiekijken, chatten enzovoort. Het tweede voordeel is de snelle respons. De drang kan nauwelijks worden opgebouwd en wordt als het ware in de kiem gesmoord. Daardoor kost het minder moeite om de neiging te weerstaan.

#### VOORBEELD

Enkele voorbeelden van geschikte als-dan-afspraken zijn:

- Onmiddellijk als ik een haar trek verlaat ik de kamer met de haar nog in mijn hand en keer pas na vijf minuten terug.
- Onmiddellijk als ik aan een korstje of pukkeltje in mijn gezicht krab start ik de computer opnieuw op.

▸ **THE-DAY-AFTER-INTERVENTIES** Als patiënten met een dagelijkse ongewenste gewoonte inmiddels een langere periode (weken, maanden) klachtenvrij zijn, dan is een onverwachte ‘misser’ een bruikbaar signaal om een aantal interventies in te zetten, zodat een werkelijke terugval voorkomen wordt. Patiënten schrikken vaak enorm als het op een vrijdagavond na een zware werkweek ineens fout gaat en ze toch weer haren uittrekken. Bij een dergelijke ‘misser’ geven patiënten zich zelden meteen geheel en al over aan de neiging tot het vroegere gewoontegedrag zodat er honderden haren sneuvelen. Veel eerder gaat het om slechts enkele haren. De boodschap aan de patiënt luidt dan als volgt: *‘Dat het op een zware dag weer eens misgaat en u als het ware onverwacht weer door de neiging overvallen wordt, is niet vreemd. Het is ook bijna niet te voorkomen. Maar mogelijk ook is het minder belangrijk dan u denkt. Van groter belang is namelijk de vraag wat u de dag erna gaat doen. U kunt opgeven en menen dat het nu toch wel duidelijk is dat dit u niet gaat lukken (snowballing). In dat geval wordt de misser een echte terugval. U kunt ook besluiten dat u alles op alles zet om er zeker van te zijn dat u morgen niet aan de ongewenste gewoonte toegeeft. Met enkele extra maatregelen morgen, zodat u uw hoofd erbij houdt, lukt dat prima. Zo deed u dat immers in de afgelopen weken ook al.’*

Met de patiënt worden dan maatregelen besproken om een herhaling van de misser in de komende dagen te voorkomen. Benadruk dat die maatregelen volledig en met volle aandacht moeten worden ingezet zodat de patiënt het patroon van vóór de zware dag kan herpakken. De maatregelen bestaan mogelijk uit interventies die in eerdere sessies behulpzaam bleken of die bij de bespreking van het terugvalscenario naar voren kwamen. De maatregelen worden aan de aantekeningen toegevoegd. Als de patiënt niet zeker is of die maatregelen gaan werken, spreek dan af dat de patiënt de therapeut belt voor een kort overleg. Zeg dat de inhoud van dat telefonisch overleg zal zijn dat de maatregelen om missers in de komende twee

dagen te voorkomen nog eens op een rijtje worden gezet en dat de therapeut het vertrouwen uitspreekt dat het de patiënt gaat lukken.

#### VOORBEELD

Een mogelijk belangrijke reden voor terugval is dat patiënten niet meer alert zijn op het probleem als de klachten eenmaal verdwenen zijn. In de fase waarin de klacht weg is, maar onverwachte reactivering tot de mogelijkheden behoort, is het behulpzaam als de patiënt zich iedere dag opnieuw kort maar welbewust rekenschap geeft van het feit dat alertheid geboden is om ook vandaag weer het hoofd te bieden aan de neiging tot het gewoontegedrag als reactivering zich onverwacht zou voordoen. Dat kan door voor te stellen dat de patiënt iedere dag in een schrift de reden noteert om juist ook vandaag niet aan de neiging toe te geven. Het gaat om enkele zinnestelsels die in luttele minuten zijn opgeschreven, maar die wel vergeen dat hernieuwd aandacht aan het bereikte resultaat wordt besteed: 'Ik wil graag dat mijn moeder trots is op mij vandaag', 'Ik ga vanmiddag winkelen en ik wil er mooi uitzien' enzovoort

- ▶ **AFSLUITING** Als de behandeling nog niet helemaal voltooid is en verwacht kan worden dat dit na enkele sessies wel het geval zal zijn (en een verbetering van ten minste 75% is gerealiseerd), dan kan de behandeling verder worden voortgezet zoals in sessie 6. Blick kort terug op de behandeling en vraag na wat het betekent voor de patiënt nu de ongewenste gewoonte verregeand is teruggebracht. Het is goed als patiënten, zoals mevrouw Jansen in de hiernavolgende casus, nog eens de ruimte krijgen om te vertellen hoezeer ze in de ban hebben geleefd van hun ongewenste gewoonte.

#### CASUS MEVROUW JANSEN: GEVOLGEN VAN NAGELBIJTEN

Mevrouw Jansen is een 42-jarige verkoopster. Ze heeft sinds haar vierde jaar nagels gebeten. Ze bijt niet alleen haar nagels, maar ook de nagelriemen. Bovendien verwijdert ze met behulp van een schaarje de restanten, zodat de gehele nagels verdwenen zijn. Ondanks vele pogingen te stoppen is twee dagen de langste periode dat ze niet heeft gebeten. Bij aanvang van de behandeling bijt ze gemiddeld twaalf minuten per dag. Meestal gebeurt dit in de slaapkamer, soms in de auto en soms tijdens het televisiekijken. Als incompatibele respons selecteert mevrouw Jansen uit de geboden mogelijkheden (orgelspelen, zwaar huishoudelijk werk, stofzuigen, ramen zemen, wandeling maken) vijftien minuten zwaar huishoudelijk werk of vijftien tot dertig minuten wande-

len. Ook besluit ze om handschoenen aan te trekken wanneer de neiging te bijten te sterk wordt.

De behandeling is succesvol. Tijdens de laatste sessies vertelt ze hoe ingrijpend de behandeling voor haar is geweest. Zo heeft ze, vertelt ze, haar hele leven altijd alles geslikt, omdat ze vond dat ze zich met zulk afwijkend gedrag bescheiden moest opstellen. Ook in het gezin speelde ze een ondergeschikte rol. Na het overwinnen van haar klacht maakte ze, zoals ze zegt, een metamorfose door en accepteerde ze de ondergeschikte rol in het gezin niet langer. Er ontstond een crisis in de relatie met haar partner. Ten slotte loste die zich weer op. Bij follow-up na zeven maanden was het nagelbijten niet teruggekeerd. Ze functioneerde goed in haar gezin en werk (Hoogduin et al., 1999). Hierna volgt een kort fragment van het gesprek dat plaatsvond nadat ze het nagelbijten had overwonnen.

Patiënte: Als ik vroeger een mening gaf, deed ik dat wel, maar dan zei ik tegen mezelf: 'Hou jij je mond, want je hebt geen recht van spreken, je kunt niet eens van je nagels afblijven.' Ik kreeg daar een geweldig minderwaardigheidscomplex van. Dat duurt dan eigenlijk tientallen jaren, kun je haast wel zeggen. En dan kom je in behandeling en dan denk je: 'Het zal wel niet lukken, maar probeer maar.' En toen moest ik statistieken maken en dat heb ik ook heel trouw gedaan. Ik vond het wel heel vervelend, want dan breng je je handicap echt in beeld, maar ik deed het heel nauwgezet. Nou bijt ik nooit op het werk, maar ik dacht: 'Mocht ik daar ooit bijten, dan zal ik zelfs op mijn werk mijn handschoenen aandoen.' Ik was heel erg streng, want ik dacht: 'Het is nu of nooit.' En op een gegeven ogenblik dan doe je het niet meer. Het ging allemaal zo snel. Ik vond het een korte tijd dat ik tot mijn eigen verbijstering niet meer aan die nagels zat.

Therapeut: Veel mensen zouden zeggen: 'Dat is prettig.'

Patiënte: Ja, ik vond het wel prettig dat ik niet meer beet, maar daarbij voelde ik mezelf zo verschrikkelijk veranderd. Ja, hoe moet ik dat zeggen? Het overrompelde me eigenlijk. En als je overrompeld bent, dan ben je een klein beetje in de war en daar kun je met niemand over praten. Toen had ik eerst een poosje dat ik helemaal apathisch werd, ik at niet, een paar kaakjes om in leven te blijven, ik kookte geen eten meer. Toen dacht ik: 'Dat is natuurlijk ook geen oplossing. Draai maar weer gewoon mee, want dat leidt af.' Aan de ene kant was het heerlijk hoor. Ik vond het voor

mezelf verrukkelijk, want ik kwam uit een diep dal en het ging iedere dag beter. Maar ja, in mijn omgeving ... ze snapten me toch al niet en nu snapten ze er helemaal niets meer van. Dus dat werden problemen; zeker met mijn man. Vroeger legde ik altijd alles uit en nu leg ik niets meer uit en dat was wel moeilijk. Daar schrok ik zelf van, dat ik in een paar weken zo'n heel ander mens ben geworden.

Therapeut: Ging het beter of slechter?

Patiënte: Voor mezelf veel beter.

Therapeut: Veel beter?

Patiënte: Honderd procent. Ik zou helemaal niet meer terug willen. Ik ben heel gelukkig daarmee. Ja, echt. Niemand begrijpt het, geloof ik. Misschien iemand die van de drank af is, of van de drugs af is, dat die dat begrijpt. Je krijgt zo'n ander gevoel. Je staat zo anders, je wordt kalmer, je wordt rustiger, je staat zo anders tegenover een heleboel dingen. Maar dat hele handschoeneneffect, dat speelt door bij alles wat je doet. Als je nu een beslissing moet nemen of ze vragen je wat, dan trek ik als het ware die handschoenen aan en na vijf minuten geef ik mijn mening en die is misschien weleens anders dan vijf minuten daarvoor, misschien wel hetzelfde.

Therapeut: U bedoelt dat u meer bezig bent met de oplossing van problemen dan met snel beleefd een antwoord geven?

Patiënte: Ja, niet impulsief alles maar direct eruit flappen, maar meer doordacht, alsof ik twintig jaar ouder ben geworden.

Therapeut: U zegt dat u er tevreden mee bent?

Patiënte: Oh ja, ik vind het zalig.

► **HERHALINGSSESSIES PLANNEN** Trek de agenda's en plan drie herhalingsessies in. De eerste herhalingsessie vindt plaats na een maand, de tweede na twee maanden, en de derde na drie maanden.

## DISCUSSIE

Zelfcontroleprocedures vormen een uitbreiding van de gangbare therapeutische mogelijkheden. Ze zijn vooral toepasbaar bij patiënten die zich met een geïsoleerd probleem aanmelden, zoals een ongewenste gewoonte. Daarnaast kan toepassing zinvol zijn bij patiënten die met ingewikkelder problematiek in behandeling zijn

en daarbij een of meer afgrensbare klachten hebben, bijvoorbeeld eetaanvallen, woedebuien, conflicten of roken (Hoogduin, 1980).

Wanneer een patiënt zich met een reeks van klachten aanmeldt, kan het verstandig zijn een verschijnsel dat zich goed laat behandelen uit de reeks te lichten en daarmee de behandeling te starten. Het overwinnen van dit probleem vergroot het zelfvertrouwen van de patiënt. Aansluitend is er soms een verbetering op andere terreinen waarneembaar, maar in elk geval stijgt de motivatie voor verdere behandeling.

Na het succesvol afsluiten van een zelfcontrolebehandeling van een geïsoleerd symptoom dient steeds rekening te worden gehouden met het gegeven dat iemand door het overwinnen van het symptoomgedrag verandert. Deze verandering zal doorwerken in de relatie met partner en gezin. Vaak zijn dit positieve veranderingen. Men heeft een gevoel van controle herwonnen en is de beschamende gewoonte de baas. Soms blijken echter in aansluiting op de behandeling relatie- of gezinsproblemen te ontstaan. Bij de afsluiting van een zelfcontrolebehandeling kan aanbevolen worden de patiënten op deze mogelijke ontwikkeling te wijzen en hun een aanbod voor hulp te doen, mochten deze problemen zich voordoen.

Zoals eerder gezegd zijn de resultaten van behandelingen met zelfcontroleprocedures succesvol. Wanneer iemand eenmaal met een behandelprogramma is begonnen, is er eigenlijk maar één manier om niet te verbeteren en dat is met de behandeling te stoppen.

Het eerste grote probleem van de succesvolle uitvoering van een zelfcontrolebehandeling is niet een goede analyse van het gedrag, het samenstellen van een geraffineerd behandelprogramma of het opstellen van een goed behandelcontract, maar veeleer het motiveren van de patiënt om door te gaan met de zelfcontrole. Het tweede probleem betreft de aanwezige kans op terugval, als het gaat om de behandeling van gewoontegedrag. Terugval kan zich ook maanden na succesvolle behandeling plots voordoen. Een patiënt die daarop niet is voorbereid kan concluderen weer terug bij af te zijn. Het is juist die overtuiging die maakt dat een incidentele misser kan uitmonden in een terugval. Als anderzijds de patiënten bemerken dat de controle de dag erna vaak weer goed op te pakken is kan een echte terugval voorkomen worden.

*Dit artikel is een voorpublicatie uit Keijsers, van Minnen, Verbraak, Hoogduin en Emmelkamp (redactie), Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen, dat in juni 2017 bij Boom uitgeverij Amsterdam zal verschijnen. De in het artikel genoemde bijlagen zijn te raadplegen op [www.directievetherapie.nl](http://www.directievetherapie.nl).*



PROF. DR. GER KEIJSERS is klinisch psycholoog, werkzaam als universitair hoofd-docent aan de Radboud Universiteit. Ook is hij als bijzonder hoogleraar Psychologische Behandelingen verbonden aan Maastricht University. Hij is hoofddoelpleider van de opleiding tot klinisch psycholoog bij RINO Zuid.

PROF. DR. KEES HOOGDUIN is als emeritus hoogleraar psychopathologie verbonden aan de Radboud Universiteit.

### Referenties

- Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 509-514.
- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit reversal. A method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Azrin, N. H., Nunn, R. G., & Frantz, S. E. (1980). Habit reversal versus negative practice of nail biting. *Behavior Research & Therapy*, 18, 281-285.
- Bloch, M. H., Landeros-Weissenberger, A., Dombrowski, P., Kelmendi, B., Wegner, R., Nudel, J., ... Coric, V. (2007). Systematic review: Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biological Psychiatry*, 62, 839-846.
- Christenson, G. A., & Mansueto, C. S. (1999). Trichotillomania: Descriptive characteristics and phenomenology. In D. J. Stein, G. A. Christenson, & E. Hollander (Eds.), *Trichotillomania* (pp. 1-42). Washington: American Psychiatric Press.
- Christenson, G. A., Pyle, R. L., & Mitchell, J. E. (1991). Estimated life time prevalence of trichotillomania in college students. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 415-417.
- Deckersbach, T., Wilhelm, S., & Keuthen, N. (2003). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics, assessment methods, and treatment modalities. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 249-260.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Crocetto, J., & Worhunsky, P. (2005). Trichotillomania: Impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 869-884.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Matlby, N., & Crocetto, J. (2006). Group treatment for trichotillomania: Behavior therapy versus supportive therapy. *Behaviour Therapy*, 37, 353-363.
- Duke, C. D., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review*, 30, 181-193.
- Flessner, C. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., & Cashin, S. E. (2008). Styles of pulling in trichotillomania: Exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 345-357.
- Flessner, C. A., Lochner, C., Stein, D. J., Woods, D. W., Franklin, M. E., & Keuthen, N. J. (2010). Age of onset of trichotillomania symptoms: Investigating clinical correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 896-900.
- Gollwitzer, P. M., Bayer, U. C., & McCulloch, K. C. (2005). The control of the unwanted. In R. R. Hassin, J. S. Uleman, & J. A. Bargh (Eds.), *The new unconscious* (pp. 485-515). New York: Oxford University Press.
- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2008). Characteristics of trichotillomania with trichophagia. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 579-584.
- Hoogduin, C. A. L. (1980). De behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures. In K. van der Velden (Ed.), *Directieve therapie 2* (pp. 221-250). Deventer: Van Loghsum Slaterus.
- Hoogduin, C. A. L. (2010). Behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures. In K. van der Velden, C. A. L.

- Hoogduin, & A. Lange (Eds.), *Directieve therapie* (pp. 139-158). Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, C. A. L., & de Haan, E. (1984). Haartrekken, nagelbijten en andere 'nerveuze' gewoonten. In C. A. L. Hoogduin & E. de Haan (Eds.), *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten* (pp. 206-218). Deventer: van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C. A. L., van Minnen, A., & Keijsers, G. P. J. (1999). De behandeling van onychotillomanie. In C. A. L. Hoogduin & C. P. F. van der Staak (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij ziekelijke impulsen* (pp. 40-48). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keijsers, G. P. J., & Maas, J. (2015). Trichotillomanie en excoriaties-toornis. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (Eds.), *Psychopathologie: Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (2e druk, pp. 373-384). Utrecht: De Tijdstroom.
- Keijsers, G. P. J., Maas, J., van Opdorp, A., & van Minnen, A. (2016). Addressing self-control cognitions in the treatment of trichotillomania: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy to behaviour therapy. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/s10608-016-9754-4
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2006a). Kunnen ongewenste gewoonten blijvend veranderd worden? Zelfcontrole in de klinische psychologie. *De Psycholoog*, 41, 594-600.
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., Hoogduin, C. A. L., Klaassen, B. N. M., Hendriks, M. J., & Tanis-Jacobs, J. (2006b). Behavioural treatment of trichotillomania. Two-year follow-up results. *Behavior Research and Therapy*, 44, 359-370.
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Falkenstein, M. J., Meunier, S., Timpano, K. R., Jenike, M. A., & Welch, S. S. (2011). DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillomania: 3- and 6-month follow-up results. *Depression and Anxiety*, 28, 310-313.
- Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., & Jenike, M. A. (2001). The Skin Picking Scale: Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 337-341.
- Korotitsch, W. J., & Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 11, 415-425.
- Lerner, J., Franklin, M. E., Meadows, E. A., Hembree, E., & Foa, E. B. (1998). Effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for trichotillomania: An uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*, 29, 157-171.
- Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D. J. H., & Stein, D. J. (2002). Trichotillomania and skin picking: A phenomenological comparison. *Depression and Anxiety*, 15, 83-86.
- Maas, J., Hietbrink, L., Rinck, M., & Keijsers, G. P. J. (2013). Changing automated behaviour through self-monitoring: Does overt change also imply implicit change? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 279-284.
- Maas, J., Keijsers, G. P. J., Cangliosi, C. M., van der Veld, W., Tanis-Jacobs, J., & van Minnen, A. (2015). The Self-Control Cognition Questionnaire: Cognitions in the maintenance of unwanted habits. *European Journal of Psychological Assessment*. doi:10.1027/1015-5759/a000290
- Mouton, S. G., & Stanley, M. A. (1996). Habit reversal training for trichotillomania: A group approach. *Cognitive Behavioral Practice*, 3, 159-182.
- Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Marsteller, F. A., Knight, B. T., & Eccard, M. B. (1993). A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 47-50.
- O'Sullivan, R. L., Keuthen, N. J., Hayday, C. F., Ricciardi, J. N., Buttolph, M. L., Jenike, M. A., & Baer, L. (1995). The Massachusetts General Hospital (mgh) Hairpulling Scale: 2. Reliability and validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 146-148.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2008). Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin

- picking. *General Hospital Psychiatry*, 30, 61-66.
- Odlaug, B. L., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2010). Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 823-829.
- Schuck, K., Keijsers, G. P. J., & Rinck, M. (2010). The effects of brief cognitive behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to waiting-list control. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 11-17.
- Simeon, D. (2006). Self-injurious behaviors. In E. Hollander & D. J. Stein (Eds.), *Clinical manual of impulse-control disorders* (pp. 63-86). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., & Woods, D. W. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: Towards DSM-5. *Depression and Anxiety*, 27, 611-626.
- Stemberger, R. M., Thomas, A., Mansueto, C. S., & Gardner Carter, J. (2000). Personal toll of trichotillomania: Behavioral and interpersonal sequelae. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 1, 97-104.
- Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: A pilot investigation. *Behavior Modification*, 30, 411-422.
- Tolin, D., Franklin, M. E., Diefenbach, G. J., Anderson, E., & Meunier, S. A. (2007). Pediatric trichotillomania: Descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioural therapy. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 129-144.
- van Minnen, A., Hoogduin, C. A. L., Keijsers, G. P. J., Hellenbrand, I., & Hendriks, G. -J. (2003). Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: A randomized, waiting-list controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 517-522.
- Vanderlinden, J., Adriaens, A., van Vlasselaer, E., Hauman, D., Vancampfort, D., & Pieters, G. (2010). De psychotherapeutische behandeling van patiënten met de eetstoornis: Een literatuuroverzicht. *Directieve Therapie*, 30, 203-221.
- Verdellen, C. W. J., Keijsers, G. P. J., Cath, D. C., & Hoogduin, C. A. L. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette's syndrome: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 501-511.
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., ... Jenike, M. A. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 454-459.
- Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 639-656.