

## De ambulante behandeling van 25 patiënten met een obsessief-compulsieve neurose

door C. A. L. Hoogduin en W. A. Hoogduin

### Inleiding

In het verleden waren de resultaten van psychotherapie bij de behandeling van patiënten met dwangverschijnselen bescheiden. Black (1974) komt na een uitgebreid literatuuronderzoek tot een succespercentage van 46-60 bij follow-up na 1-14 jaar. De laatste jaren zijn er vanuit de gedragstherapeutische richting opmerkelijke resultaten beschreven: Meyer et al. (1974) vermelden een succespercentage van 84; Marks et al. (1975) van 75; Boersma et al. (1975) van 77; Foa en Steketee (1979) 85 en ten slotte Emmelkamp en Rabbie (1981) 73. De resultaten worden gemeld bij een follow-up na drie maanden tot zes jaar. De essentie van deze nieuwe strategie bestaat uit exposure en responspreventie. De behandelingen van Meyer et al. (1974) en Marks et al. (1974) zijn uitsluitend klinisch uitgevoerd. Foa behandelt soms klinisch, soms poliklinisch, maar ook bij de poliklinische behandelingen ligt het accent op behandelingen die in het centrum worden uitgevoerd (dagelijks twee uur durende zittingen). Emmelkamp (zie Boersma et al., 1976; Emmelkamp & Rabbie, 1981) voert de gehele behandeling poliklinisch uit, waarbij gesuperviseerde zittingen met responspreventie en exposure bij de patiënt thuis of in het instituut plaatsvinden.

De hier besproken strategie die gebaseerd is op het werk van Meyer (Meyer, 1966; Meyer et al., 1974) en Rachman (Marks et al., 1975; Rachman & Hodgson, 1980) vindt geheel poliklinisch plaats zonder gesuperviseerde exposure en responspreventie. Met behulp van een zelfcontroleprocedure wordt de patiënt geleidelijk tot responspreventie en exposure gebracht.

Na een bespreking van deze strategie wordt over de resultaten van de toepassing van deze behandeling bij 25 patiënten met dwangverschijnselen gerapporteerd.

## De behandeling met behulp van exposure en responspreventie bij patiënten met dwangverschijnselen

Meyer (1966) beschrijft een nieuwe strategie bij de behandeling van patiënten met dwangverschijnselen. Hij gaat uit van de hypothese dat een behandeling erop gericht moet zijn dwangpatiënten te laten ervaren dat hun sombere verwachtingen ook zonder rituelen niet uitkomen. De patiënt gaat uit van de veronderstelling dat die sombere verwachtingen niet uitkomen omdat bepaalde rituelen uitgevoerd zijn. Dit anticiperen op deze afwikkeling doet een bekrachtigende situatie ontstaan. Indien de patiënt merkt dat zonder dat de rituelen uitgevoerd worden, deze verwachtingen evenmin uitkomen, ontstaat de mogelijkheid voor een gedragsverandering. Hij heeft een strategie ontwikkeld waarbij patiënten in een geveerde situatie gebracht worden en blijven (exposure); bovendien wordt hen verboden dat er rituelen worden uitgevoerd (responspreventie). Meyer (1966; Meyer et al., 1974) streeft een volledige responspreventie na. Dit houdt een klinische behandeling met een voortdurende supervisie in. De patiënten worden vooraf op de hoogte gesteld van de procedure dat zij ook werkelijk tegengehouden worden de rituelen uit te voeren.

Wanneer de dwanghandelingen bestaan uit een overmatig repeteren van dagelijkse handelingen, wordt in gezamenlijk overleg afgesproken hoe vaak het uitvoeren van een dergelijke handeling als 'normaal' beschouwd wordt. Zodra de totale eliminatie van de rituelen bereikt is, wordt de patiënt in toenemende mate geconfronteerd met bedreigende situaties. De therapeut demonstreert in die bedreigende situatie een adequaat gedrag en moedigt de patiënt aan het gedrag te imiteren (modeling). Wanneer ook in de meer bedreigende situatie geen dwanggedrag meer optreedt, wordt de supervisie geleidelijk aan verminderd tot de patiënt zonder supervisie, slechts zo nu en dan geobserveerd, zonder dwanghandelingen functioneert. Vervolgens gaat de patiënt korte tijd naar huis, waarbij de familieleden instructie krijgen hoe ze met de patiënt en met diens dwanghandelingen moeten omgaan. Ten slotte wordt de patiënt uit de klinische behandeling ontslagen en wordt de behandeling poliklinisch voortgezet, eerst met wekelijkse zittingen, later met verder uit elkaar liggende contacten.

Rachman et al. (1973; Marks et al., 1975; Rachman & Hodgson, 1980) behandelen de patiënten eveneens klinisch, maar streven geen absolute responspreventie na. Zij laten het tempo van de behandeling bepalen door de hoeveelheid spanning die de patiënt aankan. Veel belang wordt gehecht aan de actieve rol die de patiënt speelt bij de planning en timing van de voortgang van de behandeling. Er wordt in principe geen externe supervisie toegepast.

Foa (Foa et al., 1982) behandelt zowel klinisch als poliklinisch. Zij streeft een absolute responspreventie na tijdens de dagelijkse twee uur durende zitting op het instituut en tijdens de dagelijks vier uur durende trainingsperiode thuis (onder supervisie van een familielid of kennis).

Emmelkamp (Emmelkamp & Rabbie, 1981) behandelt na een intensieve, bij de patiënt thuis uitgevoerde behandeling met behulp van gesuperviseerde exposure en responspreventie tweederde deel van de patiënten poliklinisch na. Bij deze poliklinische nabehandeling worden naast zittingen met gesuperviseerde exposure in vivo ook assertiviteitstraining, relatietherapie en cognitieve herstructurering toegepast. Rachman (Rachman & Hodgson, 1980) heeft voortbouwend op de strategieën zoals toegepast bij de behandeling van dwanghandelingen een benadering van dwanggedachten geformuleerd. Het is van belang bij de bespreking van dwanggedachten nog eens te formuleren wat onder een dwanggedachte verstaan wordt. In DSM-III (1980) wordt de volgende definiëring gegeven: 'Terugkerende, persisterende ideeën, gedachten, beelden of impulsen die ego-dystoon zijn; i.e. de dwanggedachten worden niet vrijwillig gedacht, maar als onvrijwillig in het bewustzijn binnengedrongen beleefd. Ze worden ervaren als zinloos en verwerpelijk. Er worden pogingen ondernomen ze te negeren of ze te onderdrukken'.

Patiënten met dwanggedachten leveren een aanhoudende strijd tegen deze gedachten. Zij ervaren een zekere opluchting wanneer zij deze gedachten weer kwijt zijn. Het bestrijden van dwanggedachten gebeurt meestal op een stereotiepe wijze, bijvoorbeeld door dwanghandelingen, rituelen of het vragen van geruststelling aan mensen in de omgeving. Ook kan de patiënt de dwanggedachten neutraliseren door bepaalde andere gedachten. Soms lukt dit. Deze neutraliserende gedachten worden gevolgd door een gevoel dat het nu weer in orde is en geven opluchting en rust. De inhoud van de neutraliserende gedachten is vaak tegengesteld aan de inhoud van de dwanggedachten. Een patiënt slaagde er bijvoorbeeld in de gedachte 'Val dood' te neutraliseren met het vijfmaal denken van 'Lang zal hij leven'. Een andere manier is om in gedachten te controleren of te herhalen. Deze gedachten worden nog wel eens als dwanggedachten opgevat. Bijvoorbeeld de patiënt die in aansluiting aan de dwanggedachte 'Ik heb iets verschrikkelijk belangrijks vergeten' uren dwangmatig en steeds opnieuw zijn activiteiten van de afgelopen periode in gedachten de revue laat passeren om te controleren of hij wat vergeten is en zo ja, wat. Deze controles – te vergelijken met dwangmatig uitgevoerde controlehandelingen – zijn niet ego-dystoon en worden door de patiënt uitgevoerd om de niet te dragen angst en spanning die samengaat met de dwanggedachte 'Ik heb iets verschrikkelijk belangrijks vergeten' te verminderen. Deze neutraliserende gedachten of cognitieve rituelen (en de daaropvolgende opluchting) kunnen door het anticiperen op die opluchting, opgevat worden als bekrachtiging van de dwanggedachten. De consequentie voor de behandeling is dat voorkomen moet worden dat deze bekrachtiging plaatsvindt: de neutraliserende gedachten of cognitieve rituelen moeten gestaakt worden. Daarnaast dient de patiënt niet langer te proberen deze gedachten te vermijden, maar zal hij ze op vastgestelde tijden oproepen (habituatie-training).

In principe komt Rachmans voorstel voor de behandeling van dwanggedachten hierop neer dat de patiënt wordt uitgenodigd de dwanggedachten gedurende een bepaalde tijd doelbewust op te roepen zonder dat de patiënt gebruik mag maken van de neutraliserende gedachten, waarmee hem dus ook de satisfactie onthouden wordt.

De behandeling zelf bestaat uit een periode van zelfobservatie waarin de inhoud en de duur van de dwanggedachten en de neutraliserende activiteiten geregistreerd worden. Daarna volgt de periode waarbij de patiënt zelf de gedachten oproept zonder ze te neutraliseren. De patiënt registreert de latentietijd (d.w.z. de tijd die verstrijkt voor de opgeroepen dwanggedachten manifest worden) en de tijd dat de dwanggedachten vastgehouden kunnen worden. Om de patiënt te motiveren, hanteert hij het zelfcontrole-concept dat de patiënten een techniek verschafft waarmee ze kunnen leren beter met hun dwanggedachten om te gaan.

#### **Naar een ambulante behandeling van dwangverschijnselen met behulp van exposure en responspreventie bereikt met zelfcontrole-procedures**

Vanuit het door Meyer et al., Foa et al. en Rachman et al. ontwikkelde model voor de overwegend klinische behandeling van patiënten met dwangverschijnselen, is een strategie ontwikkeld waarbij de behandeling geheel ambulante plaatsvindt.

Bij vrijwel alle dwangverschijnselen blijken dwanggedachten een belangrijke rol te spelen; dwanghandelingen bijvoorbeeld worden meestal voorafgegaan door dwanggedachten (vgl. Dowson, 1977). Slechts in de door Rachman (1976) beschreven eindstadia van de dwangneurose, de zogenaamde primaire dwangmatige traagheid – waarbij de patiënt op een stereotiepe manier aankleed- en wasrituelen uitvoert – lijken deze gedachten van minder betekenis te zijn. Daarnaast zijn er ook patiënten die last hebben van dwanggedachten zonder dat er dwangverschijnselen plaatsvinden. Het feit dat dwanggedachten zich afspelen buiten de waarneming van anderen, wil niet zeggen dat mensen uit de omgeving van de patiënt er niets van merken. Het is bijvoorbeeld voor de gezinsleden vaak maar al te duidelijk wanneer zich deze klachten voordoen. De patiënt wordt vaak gespannen en lijkt niet langer met de gedachten bij de conversatie te zijn. De secundaire verschijnselen kunnen net als de meer objectiveerbare klachten, zoals dwanghandelingen, leiden tot consequenties binnen de natuurlijke omgeving van de patiënt. Bovendien kan de patiënt proberen de dwanggedachten kwijt te raken door aan de gezinsleden geruststellende antwoorden te ontlokken.

Bij het ontwerpen en uitvoeren van een ambulante behandeling van dwanggedachten zal aan deze aspecten zeker aandacht gegeven moeten worden. Zo kunnen dus niet alleen de neutraliserende gedachten, de cognitieve rituelen en de dwangrituelen leiden tot een gevoel van satisfactie, maar ook de antwoorden van personen

uit de omgeving op de door dwanggedachten geïnspireerde vragen.  
In schema:



Ook wanneer de bekrachtigende functie van de omgeving niet duidelijk is, is het toch verstandig de partner bij de behandeling te betrekken. Deze weet vaak niet hoe op een verstandige manier op de moeilijkheden van de patiënt te reageren en in dat geval kan de therapeut voor de nodige richtlijnen zorgen. Soms kunnen de richtlijnen die de therapeut aan de patiënt geeft voor de niet aanwezige partner onduidelijk zijn, terwijl het voor de behandeling belangrijk is dat ook de partner meewerkt aan de uitvoering van de adviezen. Ten slotte komt het regelmatig voor dat vermindering van de klachten gepaard gaat met een toename van relationele problemen en het is dan nuttig wanneer de therapeut zowel met de patiënt als met de partner een band heeft die de oplossing van deze nieuwe moeilijkheden mogelijk maakt. Bij de geïsoleerde levende patiënt kunnen personen met wie de patiënt nog wel contact heeft (bijv. de dominee of huisarts) door het geven van geruststelling de symptomen bekrachtigen. In die gevallen zullen dezen op de hoogte gebracht dienen te worden van de doelstellingen van de therapie en richtlijnen moeten krijgen hoe ze zich moeten opstellen tegenover de klachten van de patiënt.

De ambulante behandeling van patiënten met dwangverschijnselen bestaat dus uit de volgende elementen:

1. Zelfobservatie en registratie;
2. Respons preventie:
  - de patiënt zal geen rituelen meer uitvoeren,
  - de omgeving zal niet langer ingaan op het vraaggedrag,
  - de patiënt stopt met de neutraliserende gedachten en cognitieve rituelen;
3. Exposure:
  - de patiënt zal zich in toenemende mate blootstellen aan bedreigende situaties,
  - bepaalde dwanggedachten zullen op vaste tijden opgeroepen moeten worden en de patiënt zal deze gedachten enige tijd 'uitdenken',
  - de patiënt zal spontaan optredende dwanggedachten moeten beschouwen als aanleidingen om extra te oefenen; in plaats van zich ertegen te verzetten, wordt de patiënt gestimuleerd de gedachten op gezette tijden op te roepen (habituatietraining).

De behandeling bestaat uit programma's die samen met de thera-

peut worden opgesteld, maar die door de patiënt zelf uitgevoerd worden zonder supervisie.

Bij de ambulante behandeling wordt met behulp van zelfcontrole-procedures de patiënt geleidelijk ertoe gebracht de respons achterwege te laten en zich vrijwillig bloot te stellen aan bedreigende situaties. Dat gebeurt met behulp van maatregelen die genomen kunnen worden voor het dwanggedrag optreedt en maatregelen die na het optreden van de respons genomen kunnen worden. De stimulus-controle heeft bij de behandeling van de dwangverschijnselen slechts een beperkte betekenis. De patiënt heeft weinig mogelijkheden het optreden van zijn ongewenst gedrag te beperken door bepaalde stimuli te verwijderen of te vermijden (Beech & Vaughan, 1978). Wel kan hij de situaties zo arrangeren dat de kans dat dwangverschijnselen optreden, afneemt, maar het zal duidelijk zijn dat deze strategie hooguit in de beginfase van de behandeling enig nut heeft (bijv. wanneer de patiënt wanhopig is). Het gaat er immers om de patiënt zich juist bloot te laten stellen aan bedreigende situaties. Het onderbreken van de keten gedachten en gedragingen die leiden tot het uitvoeren van een dwangrespons met behulp van een zogenaamde 'controlling response' (S-R interventie) is wel zinvol. De patiënt kan in aansluiting aan dwanggedachten – wanneer de neiging toe te geven aan een ritueel zeer sterk wordt – zichzelf een activiteit opleggen die de aandacht afleidt. Op deze manier wordt een responspreventie nagestreefd; bovendien worden de dwanggedachten gevolgd door een activiteit die, hoewel afleidend, bij voorkeur ook een aversieve component heeft (bijv. huishoudelijk werk, een eind fietsen, wandelen of hardlopen, uit huis gaan, iemand bezoeken, etc.). Aan het uitvoeren van de responsen kunnen bepaalde consequenties gekoppeld worden. Weinig toegeven aan de responsen kan gevolgd worden door vormen van zelfbeloning; veel toegeven door zelfbestrafning. Bij de behandeling van patiënten met dwangverschijnselen is de toepassing van de volgende vorm van zelfbestrafning zeer bruikbaar gebleken: in aansluiting aan het uitvoeren van bepaalde dwangverschijnselen voert de patiënt een van tevoren overeengekomen activiteit uit die als nuttig opgevat wordt, maar waar de patiënt niet meer aan toe komt. Dit kan zijn: goede eetgewoonten, goede lichamelijke verzorging, medische en tandheelkundige verzorging, werken, zich inzetten voor de medemens, het volgen van opleidingen en cursussen, muziek maken, sporten, clubs bezoeken, het uitbreiden van sociale contacten, huishoudelijk werk of motorische inspanning.

Deze strategie heeft bovendien het voordeel dat er naast het bestrijden van het ongewenste gedrag direct aandacht besteed wordt aan uitbreiding van gewenste activiteiten. Ook kunnen aan het uitvoeren van dwanghandelingen consequenties gekoppeld worden die leiden tot een toenemen van de exposure. Bijvoorbeeld: aan een patiënt die 80 keer de handen wast uit angst bevuild te zijn met hondenfaeces, kan voor iedere keer handen wassen de zelfbestrafning van tien seconden buiten wandelen (wat een zeer bedreigende

situatie is) aangeboden worden; een activiteit die op vaste tijden de volgende dag uitgevoerd moet worden. Of alleen voor de keren dat vaker dan 60 maal de handen gewassen worden, één minuut wandelen, enz. Eerder is uitvoerig over deze benadering gerapporteerd (Hoogduin, 1981-a, 1981-b, 1982).

Ten slotte nog iets over de medicatie: Rachman (Rachman & Hodgson, 1980) stopt alle medicatie een week voor de behandeling begint. Binnen een klinische setting kan dat overwogen worden. Bij een poliklinische behandeling is dit onverstandig. Er wordt een geleidelijke vermindering van de responsen en een geleidelijke blootstelling aan bedreigende situaties nagestreefd; een geleidelijke vermindering van bijvoorbeeld de anxiolytica past zeer wel in deze strategie. Door geleidelijke medicatievermindering wordt voorkomen dat de patiënt door het abrupte stoppen van de medicatie in een dusdanig ontredderde toestand komt dat er nauwelijks meer afspraken te maken zijn en poliklinische behandeling niet mogelijk is.

### Gegevens uit de praktijk

Zonder selectie zijn 25 patiënten die zich aangemeld hebben voor poliklinische behandeling van dwangverschijnselen, in behandeling genomen (zie tabel 1).

Geen enkele patiënt heeft na het verkrijgen van inlichtingen over de behandeling afgezien van behandeling. Geen van de patiënten heeft de behandeling voortijdig afgebroken. De partners zijn, indien aanwezig, steeds bij de behandeling betrokken. Voor de behandeling begint, wordt een evaluatie afgesproken op de 10e zitting. Indien er geen verbetering rond de 10e zitting is opgetreden, zal de behandeling afgesloten worden. De patiënten wordt verteld dat zij in dat geval voor verdere behandeling – eventueel klinisch – doorverwezen zullen worden.

Tabel 1: Patiëntengegevens

Mannen	10
Vrouwen	15
Gehuwd & duurzaam samenwonend	20
Ongehuwd	5
Gemiddelde leeftijd bij aanmelding	33,5 jaar (18-49 jaar)
Gemiddelde duur van de symptomen	5,5 jaar (1 maand-21 jaar)

Tabel 2: Behandelingsresultaten

	Bij ontslag	Bij follow-up (3-24 mnd)
onverbeterd/		
minder dan 50% verbeterd	4	4
50- 70% verbeterd	1	1
70-100% verbeterd	20	20

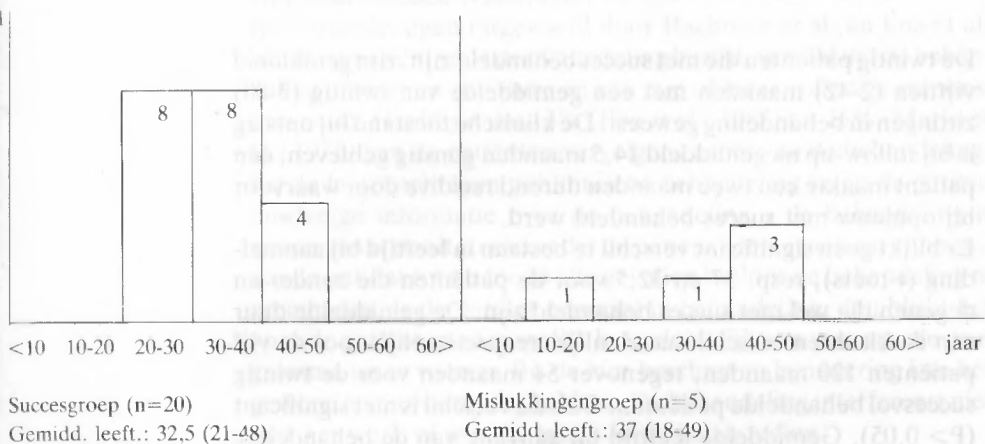
De resultaten van de behandeling zijn aan de hand van de zelfregistrarieformulieren van de patiënten vastgesteld. Op deze formulieren heeft de patiënt gedurende de behandeling de frequentie en de duur van de dwangverschijnselen geregistreerd.

Eén patiënt van de 20 met succes behandelde heeft een twee maanden durend recidief doorgeemaakt, waaraan vier zittingen besteed zijn.

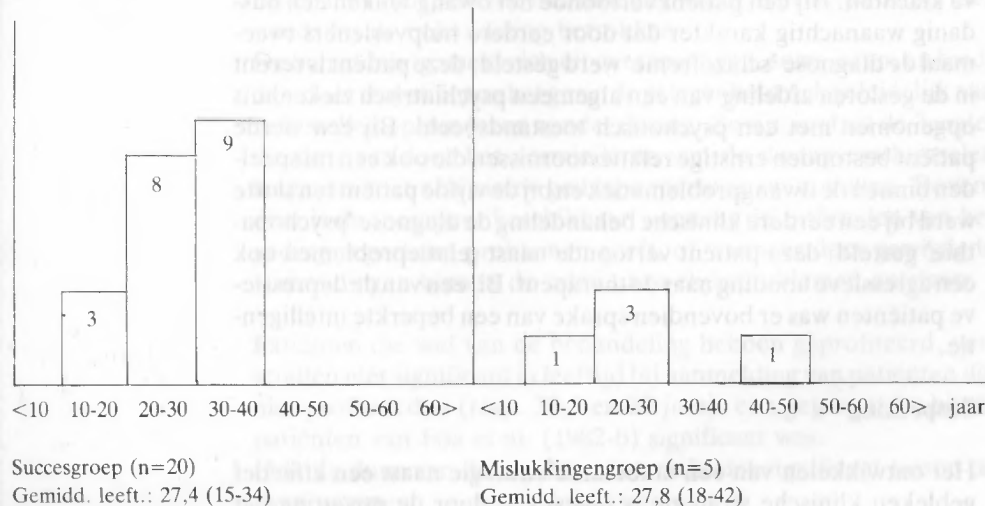
Bij de verdere weergave van de gegevens worden de gegevens van de vijf patiënten die zonder of met beperkt succes behandeld zijn, gescheiden weergegeven van de 20 met succes behandelde patiënten (zie tabel 3).

Tabel 3: Patiënten gegevens

tijd bij aanmelding (gemiddeld):

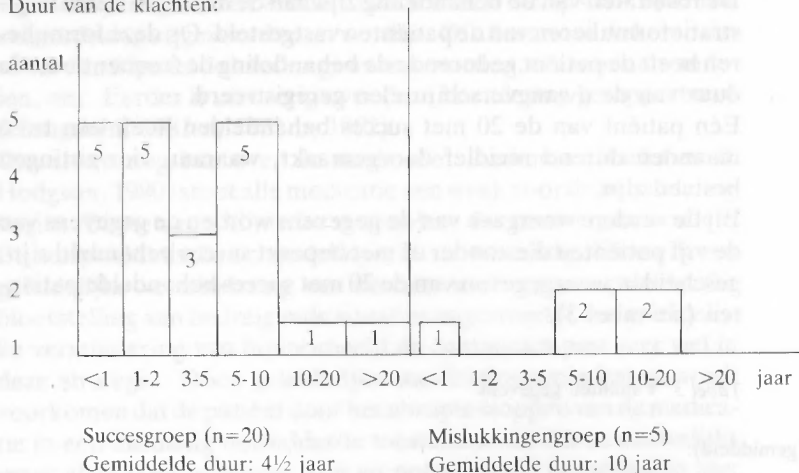


d bij begin van klachten:





## Duur van de klachten:



De twintig patiënten die met succes behandeld zijn, zijn gemiddeld vijftien (2-42) maanden met een gemiddelde van twintig (3-80) zittingen in behandeling geweest. De klinische toestand bij ontslag is bij follow-up na gemiddeld 14,5 maanden gunstig gebleven; één patiënt maakte een twee maanden durend recidive door waarvoor hij opnieuw met succes behandeld werd.

Er blijkt geen significant verschil te bestaan in leeftijd bij aanmelding (t-toets), resp. 37 en 32,5 voor de patiënten die zonder en degenen die wel met succes behandeld zijn. De gemiddelde duur van de klachten verschilt aanzienlijk, respectievelijk voor de vijf patiënten 120 maanden, tegenover 54 maanden voor de twintig succesvol behandelde patiënten. Ook dit verschil is niet significant ( $P > 0.05$ ). Gemiddelde leeftijd bij aanvang van de behandeling geeft geen significante verschillen te zien.

Over de vijf patiënten die zonder succes behandeld zijn, is het volgende op te merken: twee patiënten hadden ernstige depressieve klachten. Bij één patiënt vertoonde het dwangdenken een dusdanig waanachtig karakter dat door eerdere hulpverleners tweemaal de diagnose 'schizofrenie' werd gesteld; deze patiënt is recent in de gesloten afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis opgenomen met een psychotisch toestandsbeeld. Bij een vierde patiënt bestonden ernstige relatiestoornissen die ook een rol speelden binnen de dwangproblematiek en bij de vijfde patiënt ten slotte werd bij een eerdere klinische behandeling de diagnose 'psychopathie' gesteld; deze patiënt vertoonde naast relatieproblemen ook een agressieve houding naar de therapeut. Bij een van de depressieve patiënten was er bovendien sprake van een beperkte intelligentie.

## Bespreking

Het ontwikkelen van een ambulante strategie naast een effectief gebleken klinische strategie is ingegeven door de opvatting dat

poliklinische behandeling in het algemeen de voorkeur verdient boven klinische behandeling. Deze opvatting steunt niet in de laatste plaats op het verschil in kosten van de behandeling. Los hiervan zal deze voorkeur voor een ambulante behandeling onderschreven worden door therapeuten die een ecologische oriëntatie hebben (het natuurlijk milieu van de patiënt respecteren en dus oog hebben voor het belang van systeemfactoren bij de veroorzaking en instandhouding van psychiatrische problemen).

Een tweede belangrijk voordeel van de ambulante behandeling ligt in het vermijden van een opname. Hospitalisatie kan een aantal negatieve gevolgen voor de patiënt inhouden met betrekking tot zijn plaats in het gezin, de werksituatie en 'stigmatisering'; elders is hierover eerder gerapporteerd (Hoogduin & De Haan, 1979).

Een derde argument wordt gevonden in het feit dat bij sommige patiënten de dwangverschijnselen vooral in de eigen sociale omgeving plaatsvinden (Haaijman, 1977).

Bij behandelingen uitgevoerd door Rachman et al. en Foa et al. wordt de patiënt vóór de behandeling begint, verteld dat de behandeling bestaat uit exposure en een min of meer volledige responspreventie. Het blijkt dat 13% (Foa et al., 1982) tot 25% (Marks et al., 1975) van de patiënten vervolgens afziet van de behandeling. Bij de hierbeschreven poliklinische behandeling krijgt de patiënt dusdanige informatie over de behandeling – de behandeling is zwaar, maar nooit zo zwaar dat de patiënt het niet aan zal kunnen – dat de patiënt tot nu toe in alle gevallen besloot de behandeling te accepteren. Is de patiënt eenmaal in behandeling, dan blijkt het voor de patiënt goed mogelijk het geleidelijk aan verzwaarde programma uit te voeren. Bij de hier beschreven benadering kan het gewone leven voortgang hebben. De behandeling interfereert niet met het werk of met de taken in de huishouding.

Marks et al. (1975), Haaijman (1977), Hoogduin et al. (1977) en Emmelkamp (1981) hebben op de betekenis van het betrekken van de partner bij de behandeling gewezen.

Bij de hier voorgestelde behandeling wordt in principe de partner steeds bij de behandeling betrokken.

De behandeling strekt zich uit over maanden, soms jaren, en biedt daardoor de patiënt en het gezin de gelegenheid zich geleidelijk aan in te stellen op een leven zonder dwang. Ze zijn in staat de 'leegte' die ontstaat door het verminderen van de dwangverschijnselen langzaam met een nieuw gedragsrepertoire op te vullen. Bovendien is de therapeut beschikbaar wanneer dit uitbreiden van het gedragsrepertoire problemen geeft, of wanneer door gewijzigde verhoudingen binnen de relatie huwelijksproblemen ontstaan.

Patiënten die wel van de behandeling hebben geprofiteerd, verschillen niet significant in leeftijd bij aanmelding van patiënten die niet profiteerden (resp. 32,5 en 37 jaar); een gegeven dat bij de patiënten van Foa et al. (1982-b) significant was.

Ook de duur van de klachten verschilt niet significant tussen de twee groepen.

Bij de vijf patiënten die zonder succes behandeld zijn, leken ernstige depressiviteit, waanachtig beleven van de dwang, ernstige relatiestoornissen, matige intelligentie en een alloplastische reactievorm mogelijk factoren van betekenis bij het mislukken van de behandeling.

### Nabeschoouwing

Vanuit een succesvolle, overwegend klinische behandeling voor patiënten met dwangverschijnselen bestaande uit gesuperviseerde exposure en respons preventie, is een ambulante strategie ontwikkeld. De patiënt wordt met behulp van zelfcontrole-procedures zo ver gebracht dat tot geleidelijke vrijwillig uitgevoerde exposure en respons preventie overgegaan wordt. De resultaten van deze benadering blijken niet te verschillen van de resultaten van de (klinische) behandelingen bestaande uit gesuperviseerde respons preventie en exposure. Op grond van kostenaspecten en het weinig interfereren van deze ambulante strategie met het dagelijks werk of huishouden (waardoor in tegenstelling tot de klinisch uitgevoerde behandelingen alle aangemelde patiënten de behandeling konden accepteren) is het te overwegen eerst dan tot klinische procedures over te gaan wanneer een ambulante behandeling geen succes mocht opleveren. Dit vooronderzoek zal gevolgd worden door een uitgebreid onderzoek naar patiëntenvariabelen die mogelijk van betekenis zijn voor het wel of niet profiteren van deze behandelingsstrategie. We hopen hierdoor een bijdrage te leveren aan het komen tot een meer precieze indicatiestelling.

### Literatuur

- Black, A. (1974), *The Natural History of Obsessional Neurosis*. In: H. R. Beech, *Obsessional States*. Methuen, London.
- Boersma, K., S. den Hengst, J. Dekker & P. M. G. Emmelkamp (1975), Exposure and Response Prevention in the Natural Environment: a Comparison with Obsessive-Compulsive Patients. *Behav. Res. & Ther.* 14, 19-24.
- Dowson, J. H. (1977), The Phenomenology of Severe Obsessive-Compulsive Neurosis. *Brit. J. of Psychiat.* 131, 75-78.
- DSM-III (1980), American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; 3rd Edition, Washington.
- Emmelkamp, P. M. G. & D. M. Rabbie (1981), Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: a Follow-up Four Years after Treatment. In: C. Persis, G. Struwe & B. Jansson (eds.), *Biological Psychiatry* (blz. 1095-1098), Elsevier, Amsterdam.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982), Persoonlijke communicatie.
- Foa, E. B. & G. S. Steketee (1979), Obsessive-Compulsives: Conceptual Issues and Treatment Interventions. In: M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller, *Progress in Behavior Modification*, Academic Press, New York.
- Foa, E. B., G. Steketee, J. B. Grayson & H. J. Doppelt (1982-a), Treatment of Obsessive-Compulsives: When do we fail? *Ter Perse*
- Foa, E. B., J. B. Grayson, G. S. Steketee, H. G. Doppelt, R. M. Turner & P. R. Latimer (1982-b), Success and Failure in the Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsives. *J. of Consulty & Clin. Psychology*, ter perse

- Haayman, W. P. (1977), *Dwang, therapeutische ervaring bij 25 patiënten*. Krips Repro, Meppel.
- Hoogduin, C. A. L. (1981-a), Zelfcontrole en dwang. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose* 1 (1), 41-57.
- Hoogduin, C. A. L. (1981-b), Over de behandeling van cliënten met dwanggedachten. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose* 1 (2), 124-134.
- Hoogduin, C. A. L. (1982), Complicaties bij de behandeling van dwangverschijnselen. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose* 2 (2), 161-178.
- Hoogduin, C. A. L., O. van der Hart, R. van Dyck, L. Joelle & C. P. v.d. Velden (1977), De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In: K. van der Velden, *Directieve Therapie 1*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C. A. L. & E. de Haan (1979), Ambulante behandeling van ernstige psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondh.* 34 (11), 752-763.
- Marks, I. M., R. Hodgson & S. Rachman (1975), Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neurosis by In-vivo Exposure. *Brit. J. Psychiat.* 127, 349-364.
- Meyer, V. (1966), Modification of Expectations in Eases with Obsessional Rituals. *Behav. Res. & Ther.* 4, 273-280.
- Meyer, V., R. Levy & A. Schnurer (1979), A Behavioural Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders. In: H. R. Beech, *Obsessional States*. Methuen, London.
- Rachman, S. (1974), Primary Obsessional Slowness. *Behav. Res. & Ther.* 12, 9-18.
- Rachman, S. & R. J. Hodgson (1980), *Obsessions and Compulsions*. Prentice Hall, New Jersey.
- Rachman, S., I. M. Marks & R. J. Hodgson (1973), The Treatment of Obsessive-Compulsive Neurotics by Modelling and Flooding in vivo. *Behav. Res. & Ther.* 11, 463-471.

*Dankbetuiging*

Onze dank gaat uit naar prof. dr. J. Thiel, dr. H. Duivenvoorden en dr. W. Trijsburg (Erasmus Universiteit te Rotterdam) voor hun kritisch commentaar.