

De obsessieve-compulsieve stoornis vanuit gezinsperspectief; implicaties voor behandeling en onderzoek

K-J. NAUTA, N.M. BATELAAN, A.J.L.M. VAN BALKOM

ACHTERGROND De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een chronische psychiatrische aandoening met een hoge mate van behandelresistentie. Verschillende onderzoeken suggereren een rol van gezinsfactoren bij het ontstaan en het beloop van OCS.

DOEL Een overzicht geven van de kennis op het gebied van de complexe interactie tussen OCS en gezinsfactoren.

METHODE Systematisch literatuuronderzoek in PubMed en PsychINFO werd verricht.

RESULTATEN OCS betekent een zware belasting voor partners en gezinsleden, en hun omgang met de symptomen heeft invloed op het beloop van de stoornis, vooral op het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT). Interventies gericht op het verbeteren van communicatieve vaardigheden en een evenwichtiger gezinsreactie kunnen het beloop van OCS gunstig beïnvloeden.

CONCLUSIE Het integreren van gezinsfactoren in de behandeling van OCS is aan te bevelen. Verder onderzoek op dit gebied is nodig.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)5, 439-448]

TREFWOORDEN OCS, behandeling, cognitieve gedragstherapie, gezin, gezinsreactie, antagoneren, accommoderen.

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een chronische, invaliderende psychiatrische aandoening met een *lifetime*prevalentie tussen de 1 en 2% (Kessler e.a. 2010). Hoewel cognitieve gedragstherapie (CGT) en farmacotherapie effectief zijn gebleken in de behandeling van OCS, reageert 50% van de patiënten niet of onvoldoende op behandeling (van Oppen e.a. 2005). Daarnaast blijkt een aanzienlijk percentage (50-70%) na het staken van farmacotherapie een terugval door te maken (Romano e.a. 2001; Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen 2003). Verder onderzoek naar aanvullende behandelmethoden blijft daarom van groot belang.

In de afgelopen decennia heeft vooral het neurobiologisch perspectief zich ontwikkeld. Dit heeft geleid tot meer inzicht in de rol die neurale circuits en neurotransmittersystemen spelen in de etiopathogenese van de stoornis en tot een toename van kennis op het gebied van biologische behandel mogelijkheden.

De invloed van psychosociale factoren op OCS is de laatste jaren relatief onderbelicht gebleven. Er zijn echter aanwijzingen dat gezinsfactoren een rol spelen in het ontstaan en beloop van OCS (Steketee e.a. 1998). Relevant is dat het hier om een complexe, bidirectionele relatie gaat. Enerzijds lijken gezinsfactoren van invloed op het ontstaan en beloop van OCS, anderzijds zijn er aanwijzin-

gen dat OCS een negatieve impact kan hebben op het functioneren en welbevinden van gezinsleden (Steketee 1997).

Gezinsbanden spelen een belangrijke rol in het dagelijks leven van volwassen patiënten met dwang. In klinische populaties blijkt 50% van de patiënten getrouwd te zijn, terwijl 25% bij hun ouders woont (Koran 2000; Lensi e.a. 1996; Renshaw e.a. 2005). Daarnaast onderhouden de meeste patiënten met dwang dagelijks contact met hun ouders of andere gezinsleden (Steketee e.a. 2003).

Met deze literatuurstudie beogen wij een overzicht te geven van de huidige kennis op het gebied van de wederzijdse interactie tussen gezinsfactoren en OCS. We besluiten met de implicaties die dit heeft voor de klinische praktijk en onderzoek.

METHODE

Wij deden een literatuuronderzoek in Pub-Med en PsychINFO naar de invloed van de OCS op het gezin, en de invloed van het gezin op het ontstaan en beloop van OCS. Als trefwoorden werden gebruikt 'OCD' in combinatie met 'relative', 'family member', 'family distress', 'antagonising', 'accommodation' en 'family response'. Uit in totaal 2037 artikelen die dit opleverde, werden op basis van titels en abstracts 59 artikelen geselecteerd en bestudeerd. Van deze artikelen werden tevens alle kruisreferenties bestudeerd.

INVLOED VAN DE OCS OP HET GEZIN

Familiebelasting bij OCS

OCS heeft vaak een negatieve invloed op de levens van gezinsleden (Stengler-Wenzke e.a. 2006). Verschillende studies toonden aan dat de gezinsleden van zowel volwassenen als kinderen met OCS aanzienlijke stress en beperkingen in hun functioneren ervaren. De niveaus van zelfgerapporteerde stress voor gezinnen variëren tussen 60 en 90% (Cooper 1996; Piacentini e.a. 2003; Shafran e.a. 1995). In een steekproef van 181 gezinsleden

van volwassenen met OCS rapporteerde meer dan 80% ontwrichting in het persoonlijk leven van het gezinslid dat de grootste zorgverantwoordelijkheid droeg. De helft van de gezinsleden vermeldde ernstige belemmering in sociale activiteiten en familieactiviteiten. Dit resulteerde in verlies van vriendschappen, huwelijksproblemen, financiële problemen en stress bij broers en zussen (Cooper 1996).

Er zijn aanwijzingen dat de aard en omvang van de gezinsbelasting bij OCS verschillen ten opzichte van andere psychiatrische stoornissen. Zo is er bij OCS een significant grotere beperking in gezinsfunctioneren waargenomen ten opzichte van de paniekstoornis en sociale fobie (Lochner e.a. 2003). Daarnaast lokken patiënten met OCS hun gezinsleden vaak uit om te participeren in ziektegerelateerd gedrag. Dit kan het gezinsleven gaan domineren en leiden tot onderlinge conflicten (Steketee 1997). Een oriënterende studie toonde dat partners de houding van patiënten met OCS vooral beschreven als dominant en autonoom, terwijl partners van patiënten met andere angststoornissen, depressieve stoornissen en schizofrenie met name passief gedrag registreerden (Stengler-Wetzke e.a. 2004).

Gezinsreactie bij OCS

De gezinsreactie, oftewel de emotionele en gedragsmatige reactie van een familie op symptomen van een psychiatrische ziekte, is het meest bestudeerd aan de hand van het construct 'expressed emotions'. Hierbij wordt deze respons onderverdeeld in de dimensies kritiek/vijandigheid en emotionele overbetrokkenheid. De gezinsreactie blijkt van invloed op het beloop van psychiatrische aandoeningen. Een hoge EE-score is een onafhankelijke risicofactor gebleken voor terugval en heropname bij schizofrenie, depressieve stoornis en angststoornissen (Butzlaff & Hooley 1998).

Kritiek/vijandigheid Een vijandige en kritische bejegening blijkt frequenter voor te komen dan bij andere patiëntenpopulaties en gepaard te

gaan met veel stress en disfunctioneren, zowel bij gezin, als bij de patiënten zelf (Hibbs e.a. 1991; Leonard e.a. 1993; Steketee 1993). De kritiek blijkt inhoudelijk vooral gefocust te zijn op de ziekterol van de patiënt (een geringe motivatie, hinderlijk gedrag en ervaren last door gezinslid) en op de symptomen van OCS (Chambless e.a. 1999).

Daarnaast is de mate waarin een vijandige en kritische houding van het gezin bij de patiënt stress induceert niet alleen afhankelijk van het objectief gemeten gedrag van gezinsleden, maar ook van de perceptie hiervan door de patiënt (Renshaw e.a. 2003). De mate waarin de patiënt zich subjectief bekritiseerd voelt door zijn of haar gezinsleden wordt gemeten met het construct 'perceived criticism' (PC). Een onderzoek naar de determinanten hiervan toonde een verband tussen perceived criticism en bepaalde pathologische persoonlijkheidstrekken van de patiënt (Steketee & van Noppen 2003).

Emotionele overbetrokkenheid Tegenovergesteld aan een kritische en vijandige houding is een reactie van emotionele overbetrokkenheid. Dit kenmerkt zich door een patroon van overdreven emotioneel, overintrusief, overidentificerend of zelfopofferend gedrag (Weardon e.a. 2000). Een houding van emotionele overbetrokkenheid is zowel theoretisch als empirisch gekoppeld aan 'family accommodation' (FA) (Leonard e.a. 1993; van Noppen & Steketee 2009; Steketee e.a. 1998). Dit zogenaamde accommoderen is een zeer veel voorkomende en specifieke respons van gezinsleden op dwangsymptomen (Rachman & Hodgson 1980). Kenmerkend voor accommoderen zijn de volgende gedragingen:

- Veelvuldig tegemoet komen aan verzoeken om geruststelling te geven aangaande aard en inhoud van obsessies.
- Participeren in compulsieve rituelen of vermijdingen.
- Overnemen van taken die de verantwoordelijkheid van de patiënt zijn.
- Aanpassen van activiteiten en routines ten behoeve van de patiënt.

Vermelde percentages van accommoderend gedrag bij familieleden van kinderen en volwassenen met OCS variëren tussen 70 en 100 en voor daadwerkelijke participatie in de rituelen tussen 39 en 75 (Calvocoressi e.a. 1995; 1999; Renshaw e.a. 2005; Shafran e.a. 1995). Daarnaast vertoonde accommoderend gedrag een duidelijke relatie met verminderd gezinsfunctioneren en verhoogde stress bij familieleden (Calvocoressi e.a. 1995). Over de relatie tussen accommoderen en de ernst van OCS-symptomen werden tegenstrijdige resultaten gemeld. Storch e.a. (2007), Merlo e.a. (2009), Stewart e.a. (2008) en Calvocoressi e.a. (1995) toonden dit verband wel aan, terwijl Amir e.a. (2000) dit niet vonden. Verder toonden twee studies een verband tussen accommoderen en het klinische OCS-subtype angst voor besmetting en wasdrang (Albert e.a. 2010; Stewart e.a. 2008).

Invloed van attributies De aard van de emotionele reactie bij gezinsleden blijkt verder verband te houden met hun attributies van de symptomen. Een vijandige en kritische houding van gezinsleden is gerelateerd aan een zogenaamde interne attributie. Dit houdt in dat gezinsleden de overtuiging hebben dat patiënten zelf controle kunnen uitoefenen over hun symptomen. Dat patiënten hier niet in slagen, schrijven men dan toe aan factoren die specifiek zijn voor de patiënt, zoals een karaktertrek of een gewoonte (Barrowclough & Hooley 2003). Daarentegen zijn gezinsleden die zich bedienen van een externe attributie, waarbij de symptomen worden toegeschreven aan factoren buiten de invloed van de patiënt (zoals de ziekte waar deze aan lijdt), vooral geneigd tot emotionele overbetrokkenheid (Barrowclough e.a. 1994).

Van Noppen en collega's postuleerden een model dat de respons van gezinsleden op OCS-symptomen beschrijft als een continuüm met als extremen enerzijds een antagonerende houding (vijandig, kritisch en bestraffend), en anderzijds een accommoderende houding (overbetrokken, permissief, intrusief en consistent in participeren met de rituelen). Verder speculeerden zij dat in de

praktijk de meeste gezinnen ‘gesplitst’ raken, in de zin dat het ene gezinslid accommoderend en het andere antagonistisch gedrag zal ontwikkelen, en andere gezinsleden tussen beide responstypen zouden oscilleren (van Noppen e.a. 1997). De uitdaging voor therapeuten in de praktijk is er volgens hen in gelegen om een gebalanceerde gezinsreactie, dus gelegen op of vlakbij het middelpunt van het beschreven continuüm, te modelleren.

INVLOED VAN HET GEZIN OP OCS

Invloed van gezinsfactoren op ontstaan van OCS

De algemene opinie is dat de etiologie van OCS bepaald wordt door een complexe interactie van genetische factoren en omgevingsfactoren (Henin & Kendall 1997). Een meta-analyse van tweelingstudies bij OCS schatte aan de hand van een model gebaseerd op concordantie de rol van genetische factoren bij OCS op de kinderleeftijd tussen 45 en 65%, en op volwassen leeftijd tussen 27 en 47% (van Grootheest e.a. 2005).

Verscheidene studies toonden aanwijzingen voor een familiaal voorkomen van OCS (Bellodi e.a. 1992; Pauls e.a. 1995; Riddle e.a. 1990). Er wordt geschat dat ongeveer 20% van de ouders van patiënten met OCS zelf een diagnose van OCS heeft (Bellodi e.a. 1992). Tevens zijn er aanwijzingen dat deze clustering binnen gezinnen zich niet alleen beperkt tot klinische syndromen. Een studie toonde dat 50% van de ouders van patiënten met OCS subklinische OCS-symptomen en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidstrekken hebben (Riddle e.a. 1990).

De combinatie van een relatief grote invloed van omgevingsfactoren in de etiologie, en de clustering van klinische en subklinische OCS-symptomen binnen families, levert argumenten voor een rol van gezinsfactoren bij OCS.

Er is echter relatief weinig bekend over de invloed van gezinsfactoren op het ontstaan van OCS. In een aantal theoretische artikelen wordt gespeculeerd dat psychiatrische symptomen bij ouders en een maladaptieve opvoedingsstijl een

oorzaak kunnen zijn voor de ontwikkeling van OCS in de kindertijd (Rachman & Hodgson 1980).

Er bestaat een redelijk uitgebreide literatuur aangaande de invloed van het pedagogische en affectieve klimaat binnen het gezin op het voorkomen van subsyndromale angst- en obsessieve symptomen. Factoren die genoemd worden zijn overbescherming en controle, een gebrek aan warmte, een kritische en afwijzende houding, het aanleren van vermijding gedrag en het versterken van catastrofale interpretaties (Ehiobuche 1988; Krohne 1998). Een belangrijke beperking in de interpretatie van deze onderzoeken is dat een causaal verband moeilijk aantoonbaar is; een samenhang tussen een bepaalde opvoedingsstijl en angst of obsessies zegt immers niets over de richting van deze beïnvloeding (Waters & Barrett 2000). Het is goed mogelijk dat kinderen met een angstig temperament overbeschermend gedrag bij hun ouders uitlokken. Het meest plausibel lijkt een bidirectionele relatie, waarbij de factoren elkaar wederkerig beïnvloeden.

Invloed van gezinsfactoren op het beloop en de behandeling van OCS

Invloed op beloop Onderzoek naar de invloed van gezinsfactoren op het beloop van OCS is schaars. Een prospectieve follow-upstudie toonde aan dat een as I-diagnose bij één van de ouders een onafhankelijke risicofactor is voor een slechter beloop van OCS. De auteurs vermeldden dat dit overeenkwam met hun klinische ervaring dat psychiatrische problemen bij de ouders en een disfunctioneel gezinsklimaat de symptomen van een OCS kunnen verergeren en het herstel belemmeren (Leonard e.a. 1993). Een longitudinale studie naar het beloop van OCS bij 110 volwassenen toonde dat alleen het uitgangsniveau van functioneren en de burgerlijke staat een gunstig beloop voorspellen, waarbij getrouwde personen tweemaal zo vaak (partieel) in remissie raken als personen die niet getrouwd zijn (Steketee e.a. 1995).

Invloed op behandeling Riggs e.a. (1992) konden geen verband aantonen tussen een gehuwde status en de huwelijksatisfactie enerzijds, en het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT) anderzijds. Daarentegen had een geslaagde CGT wel een positieve invloed op de kwaliteit van het huwelijk (Emmelkamp e.a. 1990).

Steketee (1993) vond een geringer effect van CGT bij gezinnen waarin rapportages een hoog niveau van ervaren negatieve interpersoonlijke gevoelens aangaven, en patiënten hun gezinsleden als afwijzend en kritisch beleefden. Objectief gemeten empathisch gedrag bij gezinsleden en een door patiënten ervaren positief klimaat in het gezin, bleken daartegenover een voorspeller voor minder uitval en een beter effect van dezelfde behandeling (Steketee 1993). Een andere studie naar de invloed van gezinsfactoren op het effect van CGT toonde dat emotionele overbetrokkenheid samenging met een significant grotere uitval. Verder blijkt een vijandige houding niet alleen samen te gaan met een 6 keer zo grote uitval, maar ook met een minder behandel-effect. Een interessante bevinding in deze studie was dat een kritische houding van gezinsleden juist samenging met een beter effect van de behandeling (Chambless & Steketee 1999). Een dergelijke bevinding werd eerder al beschreven voor patiënten met een paniekstoornis (Peter & Hand 1988).

Waar opbouwende kritiek dus mogelijk de effecten van een behandeling versterkt, lijkt een vijandige houding het tegenovergestelde te doen. Een onderzoek toonde dat een door patiënten ervaren kritische en vijandige houding gemeten aan de hand van het construct *perceived criticism* (PC) niet gerelateerd is aan de ernst van de OCS-symptomen, maar wel een significante voorspeller is van een geringer effect van een behandeling met CGT (Renshaw & Chambless 2003). Ook het accommoderen door gezinsleden blijkt in een studie door Amir een slechter effect van een behandeling met CGT te voorspellen (Amir e.a. 2000). Andersom toonden Merlo e.a. (2009) aan dat een vermindering van het accommoderend gedrag door families

tijdens een behandeling met CGT gecorreleerd is met een beter effect.

Tot slot bleken patiënten van wie gezinsleden zich bedienen van een externe attributie, oftewel de symptomen volledig verklaren vanuit de stoornis zonder dat patiënt deze zelf kan beïnvloeden, minder vooruitgang te tonen in het achterwege laten van rituelen tijdens exposuretherapie (Renshaw e.a. 2006).

Mechanismen Resumerend zien we verschillende aanwijzingen dat gezinsinteracties van invloed zijn op het beloop van OCS, vooral op het effect van een behandeling met CGT, de eerste keuze bij de behandeling voor OCS. Geen informatie is beschikbaar over het effect van gezinsinteracties op farmacotherapie. Voor het onderliggend mechanisme van de negatieve invloed van het gezinsklimaat op het beloop en de behandeling van OCS zijn 2 hypothesen mogelijk.

Ten eerste is het mogelijk dat een extreme gezinsreactie, hetzij resulterend in vijandig en kritisch, hetzij in overbetrokken en accommoderend gedrag, secundair leidt tot een gestegen stressniveau bij de patiënt met een bijbehorende verlaagde drempel voor dwangsymptomen. Ook kan een verhoogd ervaren niveau van stress het effect van CGT tegengaan (Foa e.a. 1986). Ten tweede is het mogelijk dat het accommoderen door gezinsleden een rol speelt bij het in stand houden van disfunctionele en vermijdende gedragingen van patiënten, en als gevolg daarvan het effect van CGT belemmert.

Wanneer we ervan uitgaan dat een extreme gezinsreactie samenhangt met een slechter beloop, is het mogelijk dat een evenwichtige gezinsreactie, in het midden van het door Van Noppen e.a. (1997) beschreven continuüm, een positieve invloed kan uitoefenen op de ernst van OCS. De vraag is dan ook: zijn er aanwijzingen dat interventies gericht op het normaliseren van de gezinsreactie het beloop van OCS gunstig kunnen beïnvloeden?

Behandel mogelijkheden vanuit gezinsperspectief bij OCS

Richtlijnen Een consensusrichtlijn, opgesteld door experts, voor de behandeling van OCS bij kinderen en adolescenten beveelt de additie van familier therapie bij CGT aan, onder andere voor het reduceren van accommoderend gedrag van gezinnen bij symptomen en rituelen (March e.a. 1997). Deze aanbeveling berust vooral op ervaringen uit de praktijk (Knox e.a. 1996). De empirische onderbouwing hiervoor ontbreekt tot op heden, aangezien er nog geen methodologisch goede vergelijkingsstudies zijn gedaan (Piacentini 2008).

De Amerikaanse richtlijn voor de behandeling van volwassen patiënten met OCS vermeldt dat gezinstherapie geïndiceerd kan zijn bij interactionele problemen in het systeem zoals vijandigheid of sterke afhankelijkheid. De auteurs onderstrepen dat gezinsleden belangrijke bondgenoten kunnen zijn in het realiseren van therapietrouw. Daarnaast stellen zij dat gezinsleden van patiënten met OCS voordeel kunnen hebben van extra begeleiding, om de patiënt te ondersteunen in het omgaan met de symptomen en vooral ook om de negatieve gevolgen voor henzelf te verminderen (Koran e.a. 2007). In de Nederlandse richtlijn voor volwassen cliënten met OCS ontbreekt een aanbeveling voor het betrekken van familie bij de behandeling (Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen 2003).

Onderzoek Wij vonden slechts enkele studies die direct of indirect aanwijzingen gaven dat een interventie vanuit gezinsperspectief een positief effect kan hebben op de behandeling van OCS.

Een kleine studie bij volwassenen liet zien dat patiënten tijdens een CGT-behandeling waarbij hun partner als cotherapeut betrokken was, meer verbetering vertoonden van hun OCS-symptomen dan patiënten bij wie de partner niet betrokken was (Emmelkamp & de Lange 1983). Een andere behandelstudie toonde dat deelname van de

gezinsleden aan een behandeling met CGT leidde tot een significante vermindering van OCS-symptomen, algeheel angstniveau en tot significante verbetering van stemming en sociaal en beroepsmatig functioneren bij patiënten ten opzichte van een behandeling waarin het gezin niet werd betrokken (Mehta 1990). Deze studie suggereerde verder dat dit positieve effect vooral afhankelijk was van de aanwezigheid van stabiele persoonlijkheidskenmerken bij de gezinsleden.

In een recentere trial onderzochten Grunes e.a. (2001) het voordeel van de participatie van gezinsleden in een psycho-educatiegroep, gericht op het reduceren van accommodatie van OCS-symptomen. Hoewel het ging om een groep die grotendeels behandelresistent was gebleken, toonde de groep waarin de gezinsleden participeerden een significante verbetering, van zowel OCS-symptomen als depressieve symptomen. Ook op de lange termijn bleef deze verbetering bestaan (Grunes e.a. 2001). Tot slot vergeleken Hiss e.a. een speciaal programma, onder andere gericht op het aanpakken van maladaptieve interpersoonlijke problemen, met placebo op het gebied van terugvalpreventie na CGT. Patiënten die het speciale programma hadden gevolgd, hadden een significant kleinere kans op terugval van OCS-symptomen en begeleidende angst en depressie (Hiss e.a. 1994).

Focus en doel Alle klinische aanbevelingen en behandelstudies zijn redelijk consistent en uniform wat betreft de vereiste behandelonderdelen en de doelen van een gezinstherapie bij OCS. Ten eerste dient psycho-educatie een pijler te zijn, met als doel misattributie te corrigeren, en het inzicht in de mogelijkheden en onmogelijkheden van patiënten te vergroten. De tweede pijler is het vergroten van de communicatieve en probleemoplossende vaardigheden van het gezin door middel van gerichte training. Het uiteindelijke doel is de copingsmogelijkheden van een gezinsysteem te optimaliseren, en disfunctionele accommoderende en antagonistische reactiestijlen te verminderen.

CONCLUSIE

OCS is een ernstige chronische aandoening, waarbij er ondanks verschillende behandelmogelijkheden sprake blijft van een aanzienlijke mate van therapieresistentie. Dit maakt dat aanvullende behandelopties zeer gewenst zijn.

In dit literatuuroverzicht hebben wij de wederzijdse interactie tussen OCS en gezinsfactoren besproken vanuit de context van nieuwe behandelmogelijkheden. Het blijkt dat de omgang met OCS-symptomen een zware belasting vormt voor gezinnen en dat de gezinsreactie bij OCS zich frequent kenmerkt door accommoderend of antagoniserend gedrag. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat interventies gericht op het verbeteren van communicatieve vaardigheden en een evenwichtiger gezinsreactie op dwangsymptomen zowel deze belasting kunnen verminderen, als het beloop van OCS gunstig kunnen beïnvloeden.

Relevant lijkt vooral ook de bevinding dat additie van gezinstherapie, gericht op het normaliseren van de gezinsreactie, gepaard gaat met een toegenomen effect van CGT. Deze laatste vormt immers in de praktijk meestal de eerste keus voor behandeling van OCS en toont ondanks veelbelovende resultaten een nog altijd vrij hoog percentage therapieresistentie (Koran e.a. 2007). Ook zijn er aanwijzingen dat het inzetten van gezinstherapie de therapietrouw van patiënten kan vergroten (Koran e.a. 2007).

Tevens is belangrijk dat het effect van een systeembehandeling zich niet beperkt tot de patiënt zelf, maar ook het welbevinden en psychosociaal functioneren van gezinsleden positief kan beïnvloeden. Op maatschappelijk niveau zou familietherapie daarom ziekteverzuim en loonderving kunnen terugdringen, hetgeen deze interventie ook potentieel kosteneffectief maakt.

Aangezien de aanbevelingen in de diverse richtlijnen op dit moment nog te weinig gestoeld zijn op wetenschappelijk bewijs, is verder onderzoek noodzakelijk. Dit onderzoek zou zich vooral moeten richten op de vraag of additie van gezinstherapie aan bestaande behandelmogelijkheden,

in het bijzonder bij CGT, gepaard gaat met een toegenomen effectiviteit. Daarnaast is een belangrijke vraag of het toevoegen van een behandeling gericht op gezinsfactoren effect zou kunnen sorteren bij partieel of volledig therapieresistente OCD-beelden. Zeker even relevant is de vraag of een dergelijke behandeling ook positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven en het functioneren van gezinsleden.

Tot slot lijkt het ons voor de verdere ontwikkeling van ons vakgebied relevant dat er, in een tijdperk waarin het neurobiologisch paradigma erg op de voorgrond staat, voldoende aandacht blijft voor de psychosociale factoren die een rol spelen bij het ontstaan, luxeren en onderhouden van psychiatrische stoornissen.

LITERATUUR

- Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder; relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psych Res* 2010; 179: 209-11.
- Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 209-17.
- Barrowclough C, Hooley JM. Attributions and expressed emotions; A review. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 849-80.
- Barrowclough C, Johnston M, Tarrrier N. Attributions, expressed emotions, and patient relapse: an attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behav Therapy* 1994; 25: 67-88.
- Bellodi L, Scuito G, Diaferia G, Ronchi P. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1992; 42: 111-20.
- Butzlaff R, Hooley J. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 547-52.
- Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, e.a. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 441-3.
- Calvocoressi L, Mazure C, Stanislav K, Skolnick J, Fisk D, Vegso S, e.a. Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive compulsive disorder. *J Nerv Mental Dis* 1999; 187: 636-42.

- Cooper M. Obsessive-compulsive disorders: effects on family members. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66: 296-304.
- Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behaviour therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 658-65.
- Ehiobuche I. Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child-rearing patterns amongst Greek, Italian, and Anglo-Australian subjects. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 78 (suppl.): 115-20.
- Emmelkamp PMG, Delange I. Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Beh Res Therapy* 1983; 21: 341-6.
- Emmelkamp PMG, de Haan E, Hoogduin CAL. Marital adjustment and obsessive compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 55-60.
- Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986; 99: 20-35.
- Groothoest DS van, Cath DC, Beekman AT, Boomsma PI. *Twin Res Hum Genet* 2005; 8: 450-8.
- Grunes M, Neziroglu F, McKay D. Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary investigation. *Beh Ther* 2001; 32: 803-20.
- Henin A, Kendall PC. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Adv Clin Child Psychol Psychiatry* 1997; 75-131.
- Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32: 757-70.
- Hiss H, Foa EB, Kozak MJ. Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 801-8.
- Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen RU. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci* 2010; 2: 21-35.
- Knox L, Albano A, Barlow D. Parental involvement in the treatment of childhood obsessive-compulsive disorders: a multiple-baseline examination incorporating parents. *Behav Ther* 1996; 27: 93-115.
- Koran LM. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clin of N Am* 2000; 23: 509-17.
- Koran LM, Hanna LM, Hollander E, Nestadt G, Simpsom HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive compulsive disorder. Washington: American Psychiatric Association; 2007.
- Krohne HW. Parental childrearing and anxiety development. *Health Haz Adolesc* 1998; 8: 116-30.
- Leonard H, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, e.a. A 2- to 7-year follow study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 429-39.
- Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 101-7.
- Lochner C, Mogotsie M, Du-Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of live in anxiety disorders; a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathol* 2003; 36: 255-62.
- March J, Frances A, Kahn D, Carpenter D, Kahn DA. The Expert Consensus Guideline Series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (supplement 4): 3-72.
- Mehta M. A comparative study of family based and patient-based behavioural management in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 133-5.
- Merlo LJ, Lehmbuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 335-60.
- Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
- Noppen B van, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav Res Ther* 2009; 47: 18-25.
- Noppen B van, Steketee G, McCorkle BH, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *J Anxiety Disord* 1997; 11: 431-46.
- Oppen P van, van Balkom AJLM, de Haan E, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in OCD: A 5-year follow-up. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1415-22.
- Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 76-84.
- Peter H, Hand I. Patterns of patient-spouse interaction in agoraphobics; Assessment Camberwell family interview (CFI) and impact on outcome of self-exposure treatment. In: I Hand, HU Wittchen, red. *Panic and phobias, 2: treatment and variables affecting course and outcome*. Berlin: Springer; 1988. pp. 240-251.
- Piacentini J, Bergman RL, Keller M, McCracken J. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-

- compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003; 13 (suppl): 61-9.
- Piacentini J. Optimising cognitive-behavioral therapy for childhood psychiatric disorders. *J Am Academy Child Adolesc Disord* 2008; 47: 481-2.
- Rachman S, Hodgson R. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
- Renshaw KD, Steketee G, Chambless LC. Involving family members in the treatment of OCD. *Cogn Behav Ther* 2005; 34: 164-75.
- Renshaw KD, Chambless LC. Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioral therapy treatment in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol* 2003; 59: 411-21.
- Renshaw D, Chambless DL, Steketee G. The relationship of relatives' attributions to their expressed emotion and to patients' improvement in treatment for anxiety disorders. *Behav Therapy* 2006; 37: 159-69.
- Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 766-72.
- Riggs DS, Hiss H, Foa EB. Marital distress and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behav Therapy* 1992; 23: 585-97.
- Romano S, Goodman W, Tamura R, Gonzales J. Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after an acute response; a comparison of fluoxetine versus placebo. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21: 46-52.
- Shafran R, Ralph J, Tallis F. Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bull Meninger Clin* 1995; 59: 472-9.
- Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 919-28.
- Steketee G. Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behav Psychother* 1993; 21: 81-95.
- Steketee G, van Noppen B, Lam J, Shapiro L. Expressed emotion in families and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychother Pract* 1998; 4: 73-91.
- Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to the treatment for obsessive compulsive disorder. *Braz J Psychiatry* 2003; 25: 43-50.
- Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1999; 89: 229-38.
- Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Compreh Psychiatry* 2006; 47: 523-7.
- Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *J Adv Nurs* 2004; 48: 35-42.
- Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, e.a. Family accommodation in pediatric obsessive compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007; 36: 207-16.
- Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fava J, Jenike M. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psych* 2008; 20: 65-70.
- Waters TL, Barrett PM. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000; 3: 173-84.
- Weardon AJ., TARRIER N, Barrowclough C. A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 633-66.

AUTEURS

KLAAS-JAN NAUTA is psychiater, psychiatrisch consultatieve dienst, afdeling psychiatrie, VUmc, Amsterdam.

NEELTJE BATELAAN is psychiater en senior onderzoeker, afdeling psychiatrie, VUmc en GGZ inGeest.

TON VAN BALKOM is psychiater en hoogleraar psychiatrie, afdeling psychiatrie, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

Correspondentieadres: Klaas-Jan Nauta, psychiatrisch consultatieve dienst, VUmc, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam.

E-mail: k.nauta@vumc.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-9-2011.

SUMMARY

Obsessive-compulsive disorder from a family perspective; implications for treatment and research – K-J Nauta, A.J.L.M van Balkom, N.M. Batelaan –

BACKGROUND Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic, psychiatric disease which can be highly resistant to treatment. Several studies have suggested that family factors may play a role in the etiology and course of OCD.

AIM To provide an overview of current knowledge about the complex interaction between OCD and family factors.

METHOD We performed a systematic search of the literature, using PubMed and PsychINFO.

RESULTS OCD places a heavy burden on partners and family members, and their responses to symptoms influence the course of the disease, particularly the effect of cognitive behavioural therapy (CBT). Interventions aimed at improving communicative skills and creating a more balanced family response can have a positive influence on the course of OCD.

CONCLUSION It is advisable to integrate family factors into the treatment of OCD. Further research on this topic is needed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)5, 439-448]

KEY WORDS antagonising, accommodation, cognitive behaviour therapy, family, family respons, OCD, treatment