

Behandeling van ouderen met een obsessieve-compulsieve stoornis

G. J. HENDRIKS, M. M. VAN REES, M. J. P. M. VERBRAAK,
G. P. J. KEIJSERS, C. A. L. HOOGDUIN

SAMENVATTING Van 5 patiënten in de leeftijd van 64 tot en met 74 jaar met een obsessieve-compulsieve stoornis werd er 1 succesvol behandeld met cognitieve gedragstherapie en 4 patiënten werden succesvol behandeld met een combinatie van antidepressiva en cognitieve gedragstherapie. De Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen, die het leeftijdsgebied 18-65 jaar bestrijkt, kan een goed vertrekpunt zijn bij de behandeling van obsessieve-compulsieve stoornissen op oudere leeftijd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)9, 617-621]

TREFWOORDEN behandeling, obsessieve-compulsieve stoornis, ouderen

Angststoornissen behoren bij ouderen tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen met een 6-maandsprevalentie van 10% (Beekman e.a. 1998). Empirisch onderzoek op dit gebied is nog schaars (Hendriks e.a. 2008). Minder dan 10% van de ouderen met een angststoornis krijgt een psychologische behandeling of antidepressiva voorgeschreven (De Beurs e.a. 1999). Angststoornissen leiden ook op oudere leeftijd tot een verminderde kwaliteit van leven, medische consumptie, een hoger mortaliteitsrisico en toegenomen comorbiditeit met depressie (Beekman e.a. 2000; De Beurs e.a. 1999; Van Hout e.a. 2004; Wetherell e.a. 2004).

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is vaak een chronisch verlopende en invaliderende angststoornis. De stoornis vangt zelden aan na het 30ste levensjaar. Wanneer de OCS op oudere leeftijd aanvangt, is het klinische beeld vergelijkbaar met dat van OCS bij jongere patiënten, maar mogelijk is de respons op behandeling bij ouderen gunstiger. Genetische en neurobiologische verschillen liggen mogelijk ten grondslag aan de ver-

schillen in aanvangsleeftijd (Grant e.a. 2007; Nestadt e.a. 1998). De Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Trimbos-instituut 2003) adviseert cognitieve gedragstherapie (CGT) met *exposure* en responspreventie als behandeling van eerste keuze; op de tweede plaats komen antidepressiva als adjuvans of bij comorbide depressie.

Met een 6-maandsprevalentie van 0,6% (Beekman e.a. 1998) is de OCS op oudere leeftijd niet zeldzaam. Gecontroleerde studies over behandeling ontbreken echter. Eerdere publicaties over casuïstiek (o.a. Calamari e.a. 1994; Carmin 1998) wijzen uit dat CGT en antidepressiva ook bij ouderen effectief zijn.

Wij beschrijven in dit artikel de behandeling van 5 ouderen met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS).

METHODE

Patiënten voldeden aan de criteria voor de diagnose OCS volgens de DSM-IV (APA 1994); deze diagnose werd gesteld met behulp van het *Anxiety*

Disorders Interview Schedule-IV (ADIS-IV, Bouman e.a. 1997).

Vóór de behandeling en bij week 7, 14, 26 en 52 werd de Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman e.a. 1989) afgenomen. De Y-BOCS is specifiek gericht op de dwangsymptomen en is gevoelig voor het vaststellen van verandering (Van Oppen e.a. 1995). CGT bestond uit exposure en responspreventie, aangevuld met cognitieve therapie, volgens het CGT-protocol voor OCS (Verbraak e.a. 2004). Farmacotherapie werd gegeven conform de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Trimbos-instituut 2003).

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënte A Een 65-jarige vrouw werd naar de polikliniek verwezen vanwege OCS-klachten: overmatig controleren van gasfornuis, kranen, deuren en elektrische huishoudelijke apparaten. De obsessies richtten zich op angst voor kortsluiting of brand. De dwangklachten waren gemiddeld tot vijf uur per dag aanwezig en waren begonnen op haar 63ste levensjaar. Patiënte werd ingesteld op paroxetine 20 mg 1 dd 2. Na zes maanden werden 13 sessies CGT toegevoegd met

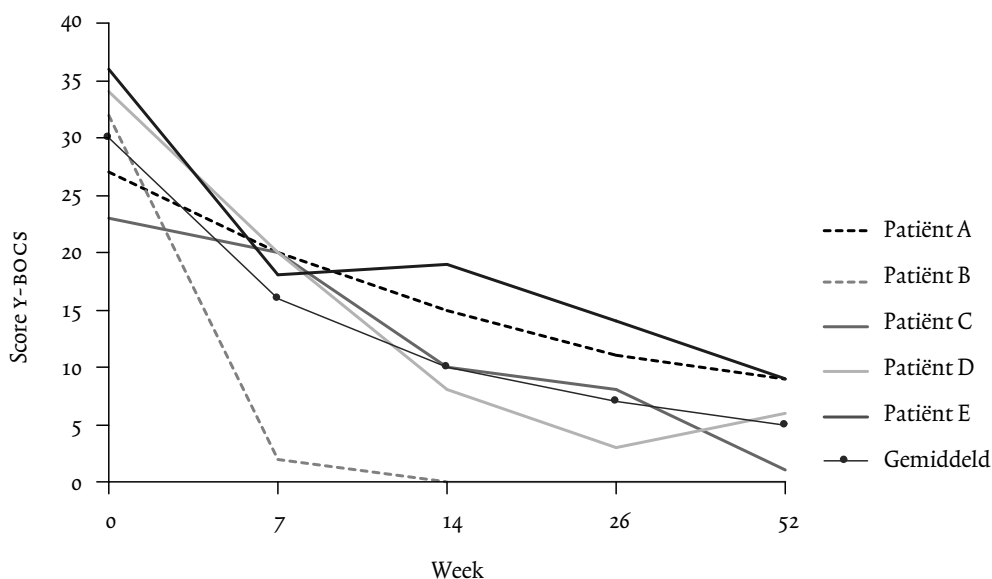
daarna afbouw van de paroxetine.

De paroxetine leidde tot een daling van de Y-BOCS-score van 27 naar 11 en na combinatie met CGT nam dit af tot 9 (zie figuur 1). Drieënhalf jaar later maakte patiënte een terugval door. Met enkele CGT-sessies daalde de Y-BOCS van 21 naar 4. Bij follow-up na 3 maanden was dit ongewijzigd en werd de behandeling afgesloten.

Patiënt B Een 64-jarige man had vanaf zijn 44ste levensjaar OCS-klachten waarmee hij zich meldde op de polikliniek. Deze klachten bestonden uit tellen, controleren, wassen, inwendig herhalen en sterk vasthouden aan regels en orde. De obsessies hadden betrekking op angst voor calamiteiten. De dwangklachten waren meer dan drie uur per dag aanwezig. Als behandeling kreeg hij CGT. Na 11 sessies was de Y-BOCS-score gedaald van 32 naar 0 (zie figuur 1). Bij follow-up na 6 maanden was dit ongewijzigd.

Patiënt C Patiënt was een 74-jarige man, die zich meldde met OCS-klachten: gemiddeld 1 à 2 uur controleren van de stand van zijn bril door langdurig in spiegels te kijken. Obsessies betroffen de angst voor afkeuring als de bril niet

FIGUUR 1 Overzicht Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)-scores bij 5 ouderen met dwangklachten



goed stond. Hij had deze klachten vanaf zijn 28ste jaar. Hij werd ingesteld op paroxetine 20 mg 1 dd 2. Na zes maanden werden 10 sessies CGT toegevoegd. Na 26 weken behandeling met paroxetine was de Y-BOCS-score gedaald van 23 naar 8. Met CGT daalde de score naar 1 (zie figuur 1), waarna de behandeling met paroxetine werd afgebouwd. Dit resultaat bleef gehandhaafd bij follow-up tot week 52.

Patiënt D Deze 65-jarige man werd wegens OCS-klachten opgenomen. De klachten betroffen obsessies over ongevallen of ernstige ziektes; deze klachten waren op zijn 30ste levensjaar begonnen. Hij neutraliseerde de angst door het onderbreken van activiteiten bij aanwezigheid van de obsessies en door ze voort te zetten bij afwezigheid daarvan. Dit leidde tot een patroon van voortdurend onderbreken en hervatten van alledaagse handelingen en activiteiten. De klachten namen na zijn pensionering toe en alleen nog door vermijding van alle activiteiten kon patiënt de angst neutraliseren. Dit leidde secundair tot een ernstige depressie.

Als behandeling kreeg hij paroxetine 20 mg 1 dd 3 en CGT met exposure en responspreventie.

De depressie verbeterde in 8 weken op behandeling met paroxetine. Er werd gestart met CGT, die na 8 weken poliklinisch werd voortgezet. De score op de Y-BOCS was na 26 weken CGT gedaald van 34 naar 3. Bij follow-up (week 52) was de score 6 (zie figuur 1). Patiënt was 10 jaar na aanvang van de behandeling nog steeds in remissie. Afbouw van de paroxetine bleek niet haalbaar.

Patiënt E Patiënt, een 67-jarige man, werd opgenomen met een ernstige depressie, OCS en een persoonlijkheidsstoornis (dwangmatige en schizoïde trekken). Deze bestonden vanaf zijn 27ste jaar. Er waren obsessies met betrekking tot schuld, het maken van fouten en smetvrees. De compulsies waren gericht op biechten en controle- en reinigingsrituelen. Er was een uitgebreide behandelvoorgeschiedenis van ambulante psychotherapie en klinische gedragstherapie.

Patiënt werd ingesteld op paroxetine 20 mg 1 dd 2 en kreeg CGT met exposure en responspreventie. Na 5 maanden klinische behandeling was de depressie in remissie en was de Y-BOCS gezakt van 36 naar 12. De behandeling werd poliklinisch voortgezet. In deze fase daalde de score op de Y-BOCS naar 9 in week 52 (zie figuur 1). Het poliklinische vervolg liet in de daarop volgende 3 jaar een fluctuerend beeld zien met Y-BOCS-scores van 10 tot 16. Het omzetten van de paroxetine in clomipramine en vervolgens augmentatie met risperidon hadden geen effect. Vervolgens ontwikkelde zich een ernstige terugval waarvan patiënt niet meer herstelde.

BESPREKING

Bij alle patiënten leidde een gerichte behandeling tot een duidelijke afname van de klachten. Dit komt overeen met de bevindingen van meta-analyses bij jongere volwassenen (Eddy e.a. 2004; Fisher & Wells 2005). Een langdurig beloop bleek geen belemmering voor een goed behandelresultaat. Bij patiënten A, B, C en D werd volledig herstel bereikt (Y-BOCS < 7; Fisher & Wells 2005). Bij patiënt E werd de terugval gecompliceerd door een ernstige depressie. Bij deze patiënt was er ook comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn geen aanwijzingen dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis de behandeling van OCS belemmert (Dreessen e.a. 1997; Mancebo e.a. 2005) en dat dit een verklaring voor de terugval zou zijn. Aannemelijker is dat de recidiverende depressie tot een terugval van de OCS heeft geleid. Een tweede factor zou kunnen zijn dat patiënt last bleef houden van lichte dwangklachten, maar zich continu sterk moest inzetten, ondanks medicatie, om deze onder controle te houden. Deze voortdurende inspanning zou tot uitputting en terugval hebben kunnen geleid.

CONCLUSIE

Wij beschrijven een gering aantal behandelde patiënten in een naturalistisch opgezet onderzoek

zonder langdurige follow-up bij 2 van de 5 casussen. Op grond van deze casussen concluderen wij dat ouderen met OCS, ongeacht de aanvangsleeftijd, goed te behandelen zijn volgens de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen voor 18-65 jarige volwassenen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de, herziene versie). Washington DC: APA.
- Beekman, A. T., Bremner, M. A., Deeg, D. J., e. a. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., e.a. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 89-95.
- Beurs, E. de, Beekman, A. T., van Balkom, A. J., e.a. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593.
- Bouman, T.K., Ruiter, C. de & Hoogduin, C.A.L. (1997). Nederlandse vertaling en bewerking van het Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV, ADIS-IV-NL.
- Calamari, J.E., Faber, S.D., Hitsman, B.L., e.a. (1994). Treatment of obsessive compulsive disorder in the elderly: a review and case example. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 95-104.
- Carmin, C.N. (1998). Obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavioral treatment of older versus younger adults. *Clinical Gerontologist*, 19, 77-81.
- Dreessen, L., Hoekstra, R., & Arntz, A. (1997). Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 503-521.
- Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R., e.a. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030.
- Fisher, P.L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., e.a. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grant, J.E., Mancebo, M.C., Pinto, A., e.a. (2007). Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 152, 21-27.
- Hendriks, G.J., Oude Voshaar, R.C., Keijsers, P.J., e.a. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 403-411.
- Hout, H.P. van, Beekman, A.T., de Beurs, E., e. a. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 399-404.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 197-204.
- Nestadt, G.M.B., Bienvenu, O.J., Cai, G., e.a. (1998). Incidence of obsessive-compulsive disorder in adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 401-406.
- Oppen, P. van, Emmelkamp, P.M., Balkom, A.J.L.M. van, e.a. (1995). The sensitivity to change of measures for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 241-248.
- Trimbos-instituut (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Velde, V. van der, (red.). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.L., Methorst, G.J., e.a. (2004). Protocolaire behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis: Exposure, responspreventie en cognitieve therapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (Red.). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I. Tweede, herziene druk* (pp 63-97). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wetherell, J.L., Thorp, S.R., Patterson, T.L., e.a. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: a preliminary investigation. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 305-312.

AUTEURS

G.J. HENDRIKS is directeur zorg van Kliniek Overwaal en psychiater-consulent van de angstpolikliniek GGz Nijmegen, plaatsvervangend A-opleider GGz Nijmegen en is verbonden aan de afdeling psychiatrie Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen.

M.M. VAN REES is gz-psycholoog en werkzaam bij de angstpolikliniek GGz Nijmegen.

M.J.P.M. VERBRAAK is klinisch psycholoog en directeur zorg bij HSK Groep BV en is als hoofdopleider voor de opleiding gz-psycholoog verbonden aan het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen Radboud Universiteit Nijmegen.

G.P.J. KEIJSERS is universitair hoofddocent sectie klinische psychologie Radboud Universiteit Nijmegen.

C.A.L. HOOGDUIN is hoogleraar psychopathologie sectie klinische psychologie Radboud Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: G.J. Hendriks, GGz Nijmegen angstpolikliniek, Postbus 7049, 6503 GM Nijmegen.

E-mail: ghendriks@ggz nijmegen.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-1-2008.

SUMMARY

Treatment of obsessive-compulsive disorder in older patients - case studies - G.J. Hendriks, M.M. van Rees, M.J.P.M. Verbraak, G.P.J. Keijsers, C.A.L. Hoogduin - Five patients aged 64 to 74 years with obsessive-compulsive disorder were treated successfully, one with cognitive behavioural therapy and four with a combination of antidepressants and cognitive behavioural therapy. The current multidisciplinary guidelines on anxiety treatment, which cover the age-range 18 to 65 years, are a good starting point for the treatment of obsessive compulsive disorder in older patients.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)9, 617-621]

KEY WORDS aged, obsessive compulsive disorder, treatment