

Een nieuw verklaringsmodel voor de obsessieve-compulsieve stoornis

H.A.D. VISSER, H.J.G.M. VAN MEGEN, P. VAN OPPEN, A.J.L.M. VAN BALKOM

ACHTERGROND Vanaf de eerste beschrijvingen van de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) bestaat er discussie over hoe de verschijnselen van deze stoornis begrepen moeten worden. In de afgelopen 50 jaar heeft de nadruk op de fobische elementen van de stoornis gelegen. Een nieuw psychologisch model, de *inference-based approach* (IBA), focust op een tot nu onderbelicht aspect, namelijk de vreemde overtuigingen van de patiënt.

DOEL Het nieuwe model vergelijken met het leertheoretische en het metacognitieve model van OCS.

METHODE Literatuuronderzoek.

RESULTATEN Bij IBA gaat men ervan uit dat patiënten met OCS angst ervaren omdat hun realiteitstoetsing hapert. Er zou geen angst zijn als patiënten zintuiglijk waarneembare informatie adequaat zouden integreren. Daarmee zou OCS geen angststoornis zijn, maar een cognitieve stoornis. Hoewel het model een aansprekende verklaring biedt voor de symptomen van OCS en enkele onderzoeksbevindingen het model lijken te ondersteunen, zijn er nog vele vragen onbeantwoord.

CONCLUSIE Er zijn aanwijzingen dat angst ten minste bij een deel van de OCS-patiënten niet de kern, maar slechts een onderdeel van de stoornis vormt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)4, 227-237]

TREFWOORDEN angststoornis, beoordeling, 'belief disorder', obsessieve-compulsieve stoornis, redeneren

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een chronische psychiatrische stoornis die bij 1-3% van de volwassen populatie voorkomt (Kessler e. a. 2005). Daarmee is dit de vierde meest voorkomende psychiatrische stoornis, na depressie, middelenmisbruik en de paniekstoornis. OCS heeft ernstige negatieve consequenties voor zowel de patiënten als de direct betrokkenen (Moritz e.a. 2005) en behoort in de geïndustrialiseerde wereld tot de 10 meest invaliderende medische aandoeningen (Eisen e.a. 2006).

Terugblik Vanaf de eerste beschrijvingen van deze stoornis bestaat er discussie over hoe het symptomenbeeld ervan begrepen moet worden (Van Megen 2006). De Franse psychiater Esquirol komt in 1838 met de eerste systematische klinische beschrijving en twijfelt of er sprake is van wilswakke of van een afwijking in de cognitieve functies. Zijn landgenoot Falret komt 30 jaar later met een publicatie onder de veelzeggende titel *La folie raisonnante ou folie morale* (een redeneerstoornis of een wilstoornis). Ongeveer tegelijkertijd noemt Morel dat wat wij nu OCS noemen een *dé-*

lire émotif, omdat naar zijn observatie dwangfenomenen zo vaak gepaard gaan met angstklachten. Ruim 10 jaar later bepleit Westphal (1878) in zijn artikel *Über Zwangsvorstellungen* dat dwangstoornissen, net als wanen, gezien moeten worden als een stoornis van het denken. In de eerste helft van de twintigste eeuw domineert (onder invloed van het werk van Freud en Janet) de idee dat kenmerken van de persoonlijkheid ten grondslag liggen aan het ontstaan en het in stand houden van dwangstoornissen.

Nadat eerst Meyer (1966) en enkele jaren later Rachman e.a. (1971) rapporteren over succesvolle behandelingen van OCS met gedragstherapie, lijkt het pleit beslecht. OCS wordt in het DSM-systeem ingedeeld bij de angststoornissen. De behandeling van OCS met cognitieve gedragstherapie en serotonineheropnameremmers stemt overeen met die van andere angststoornissen.

Onjuist concept? Klinische en empirische data die in de afgelopen 25 jaar verzameld zijn, wijzen echter op omvangrijke verschillen tussen OCS en andere angststoornissen (Zohar e.a. 2007). In dit consensusdocument, dat opgesteld is naar aanleiding van een internationale conferentie over angststoornissen in februari 2006, bevelen Zohar en anderen (2007) aan om OCS niet langer als een angststoornis te beschouwen. Eén van de klinische fenomenen die OCS van andere angststoornissen onderscheiden, betreft de vaak vreemde overtuigingen en de vergezochte 'bewijsvoering' die patiënten hiervoor aandragen. De verschillen verdienen aandacht omdat slechts 25-50% van de patiënten met OCS volledig herstel bereikt (Van Oppen e.a. 2005) na behandeling met de thans beschikbare, op een angstparadigma gebaseerde behandeling. Het matige behandel-succes is wellicht toe te schrijven aan de onjuiste conceptualisatie van de stoornis.

Nieuw model Een nieuw model van OCS, de *inference-based approach* (IBA), biedt een verklaring voor de vreemde overtuigingen die voorkomen bij OCS en voor het egodystone karakter van

obsessies. In dit model postuleert men OCS niet als een angststoornis, maar als een denkstoornis. Er is op basis van dit model bovendien een nieuwe behandelmethode ontwikkeld die effectief lijkt te zijn.

Het doel van dit artikel is IBA voor het voetlicht te brengen en op (behandel)inhoudelijke punten te vergelijken met het leertheoretische en metacognitieve model van OCS.

METHODE

Wij bestudeerden het kernartikel over de IBA van O'Connor en anderen (2005b), evenals de andere beschikbare publicaties van deze auteurs over IBA. Artikelen over het leertheoretische en metacognitieve model van OCS werden in *Psych-Info* gevonden via auteursnamen en de zoektermen: 'OCD', 'belief disorder', 'anxiety disorder', 'reasoning', en 'appraisal', binnen de zoekperiode 1806 tot de eerste week van februari 2007.

RESULTATEN

Het leertheoretische en het metacognitieve model van OCS

De leertheoretische verklaring voor dwanggedrag is gebaseerd op Mowrer's tweefactorentheorie. Mowrer (1960) stelde dat klassiek geconditioneerde angst zou leiden tot het ontstaan van vermijdingsgedrag, zoals dwanghandelingen. Vermijdingsgedrag leidt tot angstreductie, en angstreductie bekrachtigt op haar beurt vermijdingsgedrag. Door het optreden van vermijdingsgedrag kan angst niet uitdoven.

De pioniers op het gebied van gedragstherapeutische behandeling van OCS, Meyer (1966) en Rachman e.a. (1971), baseerden hun behandelstrategieën op deze theorie. Meyer boekte als eerste resultaten door responspreventie toe te passen, en Rachman voegde hier als eerste *exposure in vivo* aan toe.

Rachman en De Silva (1978) vonden eind jaren zeventig dat normale intrusieve gedachten (dat

zijn zich opdringende gedachten) en obsessieve gedachten qua inhoud niet van elkaar verschillen en dat intrusies onder ten minste 90% van de algemene populatie voorkomen. Salkovskis (1999) bezag deze bevindingen in het licht van Becks emotietheorie, die stelt dat emoties het resultaat zijn van een onjuiste interpretatie van stimuli. Hij hypotheetiseerde dat de angst van patiënten met OCS die leidt tot het verrichten van dwanghandelingen, geen klassiek geconditioneerde angst is, maar angst die voortkomt uit een onjuiste interpretatie van op zichzelf normale intrusies. Hij vulde daarmee het leertheoretische model van OCS aan en legde de basis voor het metacognitieve model. Dit model is het uitgangspunt van ons huidige cognitief-gedragstherapeutische behandelaanbod. Een schematische weergave ervan is opgenomen in figuur 1.

Wells (1997) en Salkovskis (1999) verfijnden het metacognitieve model van OCS in de loop der jaren. De basale aanname blijft dat intrusies (de ongewenste zich opdringende en zich herhalende

gedachten van de patiënt met OCS) een normaal, niet-pathologisch verschijnsel zijn. Het verschil tussen mensen met en zonder OCS is volgens dit model de onjuiste interpretatie van intrusies, die vaak gekenmerkt wordt door overschatting van gevaar en eigen verantwoordelijkheid en door intolerantie voor onzekerheid. De metacognities die voortvloeien uit dit interpretatieproces leiden ertoe dat patiënten met OCS te veel aandacht besteden aan hun intrusies, angstig worden en het ingeschatte gevaar onschadelijk proberen te maken door rituelen uit te voeren (Wells 1997). De optredende angst en andere negatieve emoties worden zelf weer geïnterpreteerd als een signaal van controleverlies of als een bewijs van gevaar. Emotionele reacties vergroten bovendien de kans op het optreden van meer intrusies, onder meer omdat ze de kans op het opmerken van obsessieve stimuli vergroten.

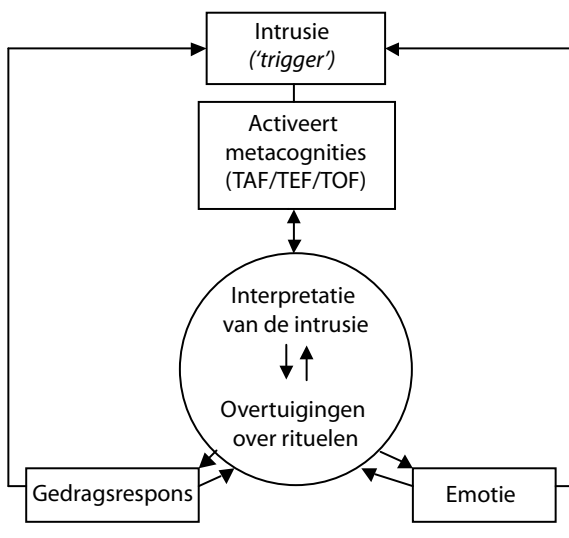
Dwanghandelingen worden ook nu nog beschouwd als vermijding van irrealistische angst, die niet kan uitdoven zolang de patiënt het uitblijven van de gevreesde ramp toeschrijft aan de dwanghandeling.

De metacognities worden momenteel in drie domeinen ondergebracht. Het eerste is dat van *thought-action fusions* (TAF), daarbij worden gedachten en gedrag verward. Iets denken wordt gelijkgesteld aan iets doen; iets denken is met andere woorden net zo erg als iets doen. Het tweede domein is dat van *thought-event fusions* (TEF): gedachten en een gebeurtenis worden verward. Een gedachte kan een gebeurtenis veroorzaken of is het bewijs dat een gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Het derde domein is dat van *thought-object fusions* (TOF): gedachten en objecten worden verward. Gedachten, gevoelens of herinneringen kunnen overgebracht worden op anderen of op objecten (Fisher & Wells 2005).

Behandeling op basis van het metacognitieve model

In de klinische praktijk leren patiënten dat intrusies niet pathologisch, maar normaal zijn. Daarnaast wordt het frequente optreden ervan

FIGUUR 1 Cognitief model van obsessieve-compulsieve stoornis, het uitgangspunt van het huidige cognitief-gedragstherapeutische behandelaanbod (naar Wells 1997); TAF: *thought-action fusions*, verwarren van gedachten en gedrag; TEF: *thought-event fusions*, verwarren van gedachten en een gebeurtenis; TOF: *thought-object fusions*, verwarren van gedachten en objecten.



meestal uitgelegd aan de hand van het ‘witteberenexperiment’ van Wegner e.a. uit 1987. Zij lieten proefpersonen registreren hoe vaak zij aan een witte beer moesten denken nadat zij geïnstrueerd waren daar níét aan te denken. Met dit experiment zou het paradoxale effect van gedachteonderdrukking zijn aangetoond. De patiënt leert aan de hand van reguliere interventies uit de cognitieve gedragstherapie om onjuiste interpretaties van intrusies uit te dagen en te vervangen door productievere cognities. De intrusie zelf wordt niet uitgedaagd.

Meestal combineert men deze cognitieve therapie met *exposure* met responspreventie (ERP). ERP wordt soms ook zonder cognitieve therapie aangeboden. De patiënt stelt zich bloot aan de gevreesde situaties, maar laat nu het dwanghandelen na. De aandacht van de patiënt wordt gericht op het na verloop van tijd spontaan afnemen van de angst én op het feit dat de gevreesde gebeurtenissen zich niet voordoen, ook al laat hij of zij het ritueel achterwege.

Het metacognitieve model is uitvoerig onderzocht. Behalve resultaten die wijzen op de juistheid en de bruikbaarheid van het model, is er ook kritiek.

Kritiek op het metacognitieve model

Allereerst moeten er kanttekeningen gemaakt worden bij het gebruik van het witteberenexperiment. Studies die dit experiment replicerden, lieten wisselende resultaten zien. Een paradoxaal effect van gedachteonderdrukking werd lang niet altijd gevonden, een reboundeffect evenmin (Navon 1994; Purdon 1999).

Bovendien bleken disfunctionele metacognities niet bij alle OCS-subtypes een rol te spelen (Taylor e.a. 2006). Julien e.a. (2007) stellen de aanname ter discussie dat intrusies niet pathologisch zouden zijn en dat intrusies die bij de algemene populatie voorkomen qua inhoud en vorm gelijk zouden zijn aan die bij patiënten met OCS. Zij concluderen op basis van een literatuuronderzoek dat intrusies weliswaar voorkomen in de alge-

mene populatie, maar dat de frequentie ervan laag is (niet vaker dan een paar keer per jaar) en dat slechts 11% van de intrusies een obsessief thema heeft.

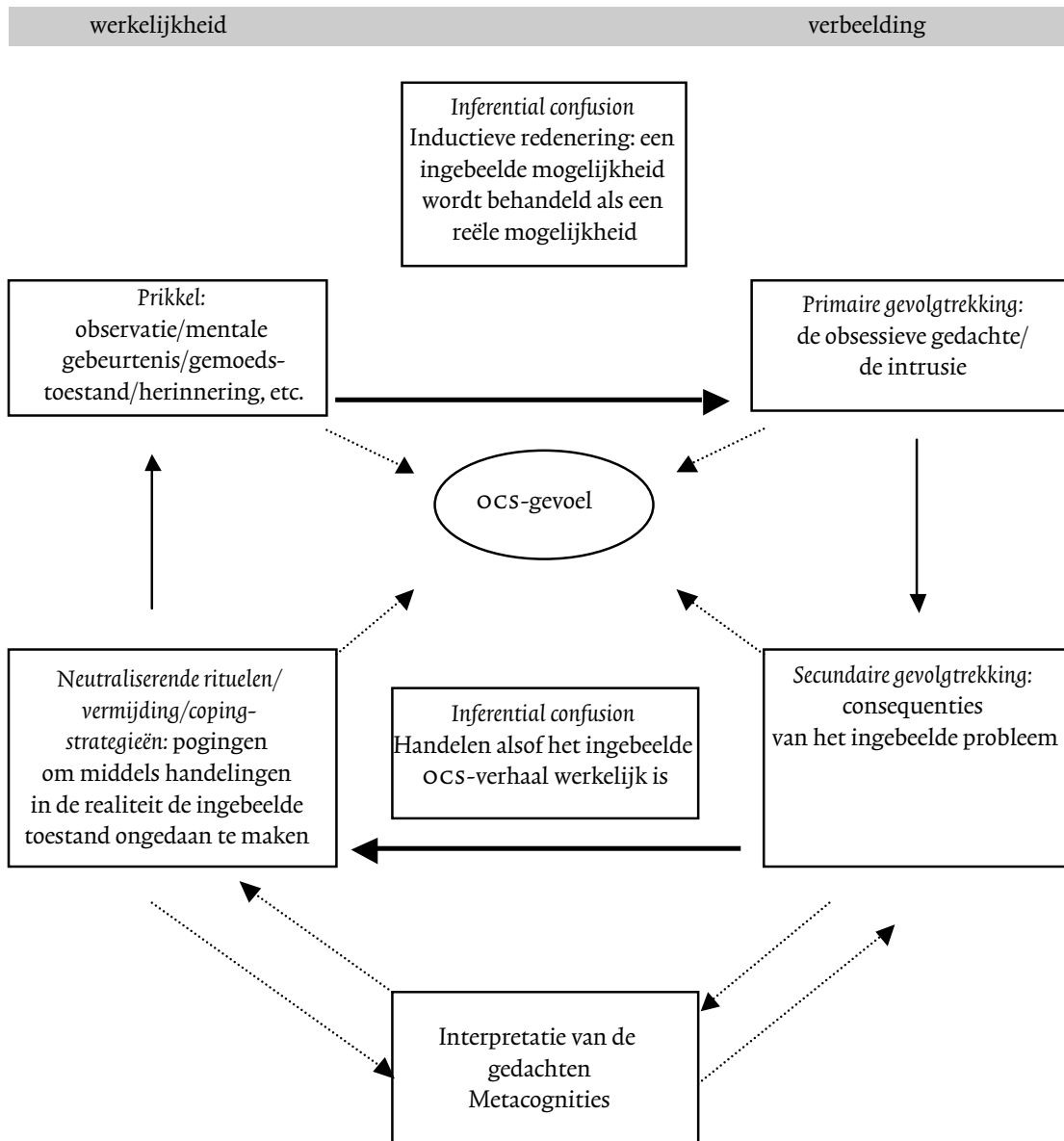
In de klinische praktijk komen regelmatig voorbeelden voor waarbij de normaliteit van intrusies moeilijk vol te houden is. Bijvoorbeeld: ‘misschien blijft er een deel van mij achter in de pennendop als ik die niet eerst uitschud voordat ik hem op de pen plaats’ en ‘misschien raak ik zwanger als ik onze hond knuffel’. Het metacognitieve model biedt geen bevredigende verklaring voor dergelijke vreemde overtuigingen, die kennelijk zo sterk zijn dat patiënten er naar handelen. Ook onverklaard blijft het egodystone karakter van obsessies en compulsies. Evenmin biedt het model een verklaring voor het feit dat veel dwangpatiënten zintuiglijke informatie niet lijken te integreren in hun oordeelsvorming en hun handelen. Ten slotte is er wel een verklaring voor het handelen van de patiënt als respons op angst, maar niet voor het rituele en vergezochte karakter van deze handelingen.

De inference-based approach

O’Connor en Aardema (2003) presenteren een model van OCS, de *inference-based approach* (IBA), dat tegemoetkomt aan deze bezwaren. Zij stellen dat intrusies het resultaat zijn van een *verwarring van fantasie en werkelijkheid*. Patiënten met OCS wegen naar aanleiding van een prikkel een aantal mogelijkheden af, raken geabsorbeerd in een verhaal in hun hoofd en komen tot de conclusie dat er een gevaarlijke of anderszins ongewenste toestand aan de orde kan zijn. Het feit dat obsessies vaak aan een persoonlijk gevoelig thema raken, speelt hierbij een wezenlijke rol.

Opmerkelijk is dat patiënten met dwang bedreigende mogelijkheden beginnen af te wegen zonder dat zij zintuiglijk iets hebben waargenomen dat op de aanwezigheid van dreigend onheil wijst. O’Connor spreekt in dit verband van *inverse inference*, ofwel omgekeerde gevolgtrekking. Dit is kenmerkend voor patiënten met OCS. Normaliter

FIGUUR 2 Model van de *inference-based approach* van obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) (naar O'Connor e.a. 2005b): centraal staat de *inferential confusion* of 'verwarring in gevolgtrekking', patiënten verwerpen een ingebeelde mogelijkheid van gevaar niet volledig, terwijl zij kunnen waarnemen dat de door hen gevreesde toestand niet aanwezig is. Het ontbreken van adequate realiteitstoetsing vormt de kern van de problematiek



komen we namelijk pas tot de conclusie dat er mogelijk gevaar dreigt als wij iets waarnemen dat op gevaar wijst. Alleen dan wegen we af hoe dat zo gekomen kan zijn. Er is sprake van *inferential confusion* (IC) (vrij vertaald: 'verwarring in de gevolgtrekking') als patiënten een ingebeelde mogelijkheid van gevaar niet volledig verwerpen, terwijl zij

door normaal gebruik van hun zintuigen kunnen waarnemen dat de door hen gevreesde toestand niet aanwezig is. Ook dat onderscheidt hen van de algemene populatie. IC impliceert met andere woorden dat er geen adequate realiteitstoetsing optreedt en vormt de kern van de problematiek. De auteurs beschouwen verwarring van fantasie

en werkelijkheid als een stoornis in het denken.

Eenmaal verstrikt in een obsessie, ervaart de patiënt een probleem. Hij is er misschien wel 99,99%, maar niet 100% zeker van dat de door hem gevreesde toestand niet aan de orde is en gaat (ook omdat het over een persoonlijk relevant thema gaat) over tot handelen. Dit handelen vindt per definitie in de werkelijkheid plaats. Handelen in de werkelijkheid kan echter een ingebeeld probleem niet oplossen. Het feit dat het probleem en de oplossing ervoor uit twee verschillende domeinen komen (de verbeelding en de realiteit), verklaart waarom patiënten met dwang ertoe geneigd zijn hun handelingen op rituele wijze uit te voeren. De vaak extreem doorgevoerde rituelen moeten de zekerheid vervangen die iemand normaliter middels zintuiglijke waarneming verkrijgt. De verwevenheid van verbeelding en realiteit verklaart het egodystone karakter van obsessies en compulsies en onderstreept dat de patiënt met OCS zijn zintuiglijke waarneming gedurende een obsessief moment niet vertrouwt en die daarbuiten wel. Het IBA-model wordt in figuur 2 verhelderd.

Voorbeeld

Wij geven het volgende voorbeeld ter illustratie. Het vastpakken van een deurklink is een prikkel om te denken wie er allemaal nog meer aan die deurklink gezeten kan hebben. Dit vastpakken is een gebeurtenis die in de realiteit plaatsvindt (links in het schema, figuur 2). Een reeks idiosyncratische mogelijkheden komt dan in de verbeelding van de patiënt op: 'sommige mensen wassen hun handen niet, mensen doen allerlei vieze dingen, misschien hebben vieze mensen met ongewassen handen aan deze deurklink gezeten'. Deze ingebeelde mogelijkheden zijn op zichzelf misschien niet geheel ondenkbaar, maar er zijn hier en nu geen aanwijzingen voor en ze zijn daarom niet contextrelevant. De patiënt beschouwt ze echter niet als denkbeeldig, maar als de actuele toestand in de werkelijkheid. Hoewel er geen vuil

te zien, te voelen of te ruiken is, maakt de patiënt met dwang een primaire gevolgtrekking uit deze gedachtereeks: 'misschien zijn mijn handen vies'. Op dat punt verkeert de patiënt in de verbeelding (rechts in het schema, figuur 2).

In de verbeelding worden tevens de mogelijke consequenties van vieze handen afgewogen: 'alles wat ik aanraak, komt onder te zitten'. Het gaat om secundaire gevolgtrekkingen: 'als ik vieze handen heb, dan zijn dit de gevolgen'. Dit alles geeft spanning. Ritueel handelen, een vast aantal keren wassen in een vaste volgorde, dient ertoe om het ingebeelde probleem op te lossen.

Handelen vindt in de werkelijkheid plaats (weer links in het schema). Het gaat hier echter om een heel ander soort handen wassen dan wanneer de vieze handen in de werkelijkheid zouden zijn ontstaan. Als iemand zichtbaar en vooral ook ruikbaar iets vies aan zijn handen heeft, kan hij zien en ruiken wanneer die toestand weer voorbij is. Dan wordt het gedrag gestuurd door zintuiglijke waarneming. Het probleem is dan op te lossen.

Behandeling op basis van IBA

Aangezien in dit model een ander element in de stoornis pathologisch geacht wordt, namelijk de intrusie zelf in plaats van datgene wat erop volgt, ligt de nadruk van de behandeling op een ander punt dan bij het metacognitieve model. De focus van de behandeling ligt op de realiteitstoetsing. Uitgaand van de dwanghandeling identificeert men de obsessieve twijfel: 'Je wast niet voor de lol je handen tot bloedens toe, waar zou je 100% zeker van moeten zijn om je handen niet overmatig te hoeven wassen?' Voorts leert de patiënt onderscheid te maken tussen gewone twijfel en obsessieve twijfel. Gewone twijfel ontstaat als er een zintuiglijk waarneembare aanleiding daartoe is en kan opgelost worden met de juiste zintuiglijke informatie. Obsessieve twijfel ontstaat zonder zo'n aanleiding, speelt zich dus per definitie in de verbeelding af en is onoplosbaar.

De patiënt brengt vervolgens het verhaal dat voorafgaat aan de obsessieve twijfel in kaart en

onderzoekt waarom het echt lijkt en dus aantrekkingskracht heeft. De verschillende manieren waarop het verhaal voorbijgaat aan de realiteit van het hier en nu worden in kaart gebracht. Op basis daarvan wordt een nieuw verhaal geschreven dat refereert aan de realiteit en aan het vermogen van de patiënt om deze realiteit adequaat waar te nemen. Met dit verhaal oefent men eerst buiten en later in de situatie die betrekking heeft op de obsessie. Bij dit oefenen ligt de nadruk op het gebruikmaken van zintuigen en dus op het op de realiteit baseren van de oordeelsvorming en het integreren van die oordeelsvorming in het handelen. Voorts ligt er nadruk op bewustwording van het redeneerproces dat de aandacht van de patiënt wegvoert van de waarneembare werkelijkheid in de richting van de verbeelding. Ten slotte wordt aandacht besteed aan negatieve overtuigingen die de patiënt heeft over zichzelf die hem of haar kwetsbaar maken voor het verhaal achter de obsessie.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënte A heeft sinds 10 jaar smetvrees. Zij komt de laatste therapie sessie gespannen binnen omdat het toilet schoongemaakt werd op het benzinestation waar zij onderweg tankte. Hoewel ze het toiletgebouw niet dichterbij dan op 10 meter afstand benaderd heeft, en hoewel zij niets gevoeld of aan haar kleding gezien heeft, twijfelt ze of er misschien vuil uit de wc aan haar gekomen is. Ze stelt zich voor dat als er inderdaad vuil uit de wc aan haar zit, zij dit dan mee naar huis neemt en dat zij haar zootje er mee onder kan smeren, net als haar huisraad. Zij voelt zich hiervoor verantwoordelijk. Dit alles maakt dat zij zich walgelijk vies en gespannen voelt. Daarom zou ze het liefst rechtsomkeert gemaakt hebben om haar jas en haar kleding in de was te gooien en haar haren drie keer te wassen. Op de vraag hoe het vuil aan haar gekomen kan zijn, vertelt ze dat ze weet dat water door de wind meegevoerd kan worden, net als blaadjes in de herfst. Ze weet ook dat de schoonmaker een dweil uitwringt, waarbij er spetters rond kunnen

vliegen. Ze vertelt desgevraagd dat ze geen aandrang zou voelen tot wassen als ze er 100% zeker van zou zijn dat er geen vuil uit de wc aan haar zat.

Patiënte B heeft ruim 15 jaar agressief getinte obsessies en controledwang. Als zij een vuilniszak dichtknoopt, twijfelt zij sterk of ze misschien zonder dat ze het gemerkt heeft een baby bij de vuilnis heeft gedaan. Dit ondanks het feit dat ze niks bijzonders gezien, gevoeld of gehoord heeft. Als zij in de supermarkt iets uit de vriezer haalt, twijfelt ze of ze misschien zonder het op te merken een baby in de vriezer heeft gestopt. Steeds als zij deze twijfels heeft, bedenkt ze dat een mens zo kwetsbaar als een baby zo iets niet zal overleven. Zij bedenkt dat ze schuldig zal zijn als er daadwerkelijk een baby ligt te sterven zonder dat zij ingrijpt, terwijl ze er wel aan gedacht heeft. Dit alles boezemt haar angst in. Ze voelt dan ook altijd een sterke aandrang tot controleren of er geen baby in de vriezer of bij de vuilnis ligt. Maar als ze kijkt en geen baby ziet, weet ze niet zeker of ze wel goed kijkt. Ze moet ieder schap in de vriezer vier keer van links naar rechts afspeuren. Als ze daarbij gestoord wordt door een andere klant, moet ze van voren af aan beginnen. Op de vraag hoe het zou kunnen dat zij een baby ongemerkt bij de vuilnis of in de vriezer stopt, antwoordt zij dat ze ook laatst weer op het journaal zag dat er een babylichaampje op de vuilstort werd aangetroffen. Zij heeft bovendien zelf meerdere malen ervaren dat ze ergens even niet met haar gedachten bij was. Verder weet ze dat baby's kwetsbaar zijn. Ze vertelt dat ze de vriezer en de vuilniszak niet zou hoeven controleren als ze er 100% zeker van was dat daar geen baby in lag.

Bij beide casussen is een duidelijke prikkel voorafgaand aan de obsessieve gedachte te herkennen. Het verhaal van patiënte A illustreert een zeer duidelijk redeneerproces dat zich heeft afgespeeld tussen de prikkel en de obsessieve gedachte dat er misschien vuil aan haar kleefte. Tegenover patiënte B is het moeilijk vol te houden dat haar gedachten normaal zijn, dat iedereen wel eens van dit soort gedachten heeft. In haar geval valt op hoezeer de

realiteitstoetsing bij momenten tekortschiet. Ook zij past mogelijkheden (er wordt helaas wel eens een babylichaampje op een vuilstortplaats aange- troffen) toe in een irrelevante context.

Uiteraard geldt in beide gevallen dat interpretaties van de obsessieve gedachten ook een rol spelen en dat het angstreducerende effect van de dwanghandeling het gedrag bekrachtigt. Een haperende realiteitstoetsing vindt echter veel eerder in de sequentie plaats. Adequate realiteitstoetsing maakt compulsies en nadenken over wat er misgaat als er niet gehandeld wordt overbodig.

DISCUSSIE

Verwarring fantasie en realiteit Bij de IBA benadrukt men in de theorievorming de vreemde overtuigingen van patiënten met OCS die zij niet corrigeren aan de hand van zintuiglijk bewijs van de onjuistheid ervan. Deze vreemde overtuigingen en de vreemde gedragingen die erop volgen, zijn kenmerkend voor de stoornis en onderscheiden OCS van andere angststoornissen. Belangrijk is dat er zónder de vreemde overtuigingen geen sprake zou zijn van angst. Dit kan men vergelijken met het beeld bij de paranoïde patiënt, die bij een adequate realiteitstoetsing geen vreemde overtuigingen zou hebben en daarom ook niet angstig zou zijn.

In de literatuur is evenwel veel evidentie gevonden voor het op een angstparadigma gebaseerde metacognitieve model van OCS. Een recent voorbeeld daarvan is dat van Fisher en Wells (2005). Zij toonden aan dat enkel het wijzigen van metacognities die door obsessieve stimuli worden geactiveerd, leidt tot afname van zowel de angst als van de drang tot neutraliseren (het verrichten van dwanghandelingen).

Hierbij zou men zowel een haperende realiteitstoetsing als een onjuiste interpretatie van eigen vreemde gedachten (metacognities) als elementaire aspecten van OCS moeten beschouwen. Onderzoek van Aardema en anderen (2005) stelt deze aanname echter ter discussie: om *inferential confusion* te meten ontwikkelden zij de *Inferential*

Confusion Questionnaire (ICQ). Onderzoek laat zien dat patiënten met OCS ($n = 85$) en patiënten met een waanstoornis significant hoger scoren op de ICQ dan personen uit de algemene populatie en patiënten met een andere angststoornis. Tevens vertonen patiënten met OCS en patiënten met een waanstoornis significant meer OCS-symptomen naarmate zij hoger scoren op IC, terwijl dit niet geldt voor patiënten met een andere angststoornis. Deze correlatie blijft significant wanneer er gecontroleerd wordt voor stemming, angst én voor cognitieve domeinen (metacognities). Andersom neemt de correlatie tussen cognitieve domeinen en obsessieve-compulsieve symptomen sterk af bij controle voor IC.

Het feit dat de correlatie tussen cognitieve domeinen en OCS-symptomen afneemt, is begrijpelijk wanneer we dit vertalen naar het beschreven praktijkvoorbeeld: de vrees van patiënte A dat zij verantwoordelijk is als zij haar zoontje besmeurt met het vuil uit het toiletgebouw op het benzinestation, verdwijnt als sneeuw voor de zon wanneer zij fantasie (de wind zou spetters mee kunnen voeren) en werkelijkheid (het is windstil, er zijn geen spetters te voelen of te zien) niet langer verwacht.

Onderzoek van O'Connor en anderen (2005a) laat bovendien zien dat de IBA-behandeling in de subgroep van patiënten met OCS met gering inzicht meerwaarde lijkt te hebben ten opzichte van cognitieve therapie en gedragstherapie.

Theorie in ontwikkeling Hoewel de door ons genoemde onderzoeksresultaten tot de verbeelding spreken, is hiermee nog niet alles gezegd. Allereerst zijn de beschreven bevindingen nog niet gerepliceerd. Voorts wordt het model hier op indirecte wijze getoetst, namelijk door effectmeting van de bijbehorende behandelvorm en door een concept uit het model, *inferential confusion*, in een vragenlijst op te nemen en die te correleren met OCS-symptomen. Voorbeelden van vragen uit deze lijst zijn: 'Ik ben soms meer overtuigd van wat er zou kunnen zijn, dan van wat ik werkelijk zie.' en 'Ik verzin soms verhalen over bepaalde

gevaaren die er zouden kunnen zijn, zonder aandacht te besteden aan wat ik werkelijk zie.’

De aanname dat alle patiënten met OCS fantasie en werkelijkheid verwarren wanneer zij met hun obsessieve onderwerp geconfronteerd worden en zintuiglijke informatie niet integreren in hun oordeelsvorming, staat nog niet onomstotelijk vast. In bepaalde gevallen is dit wel duidelijk, bijvoorbeeld wanneer iemand zojuist alle knoppen van het gasfornuis heeft dichtgedraaid, ziet dat alle knoppen in de uitstand staan, hoort en ruikt dat er geen gas uit de pitten ontsnapt, en toch denkt dat dit wel het geval kan zijn. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of dit voor alle patiënten met OCS geldt.

Bevestiging door beeldvormend onderzoek De observatie dat patiënten met OCS zintuiglijke waarneming niet integreren in het oordelen en handelen doet vermoeden dat op dat moment de cortex c.q. de orbitofrontale cortex niet normaal functioneert. De conceptualisatie van OCS kan in een stroomversnelling komen als een dergelijke hypothese met behulp van functioneel beeldvormend onderzoek onderzocht zou worden. Dit zou moeten plaatsvinden gedurende symptoomprovocatie (idiosyncratische obsessieve twijfel moet ontlokt worden). Er is reeds veel beeldvormend onderzoek gedurende symptoomprovocatie gedaan, het is echter zeer de vraag of de patiënten hier inderdaad twijfel ontlokt werd en of zij niet met de daadwerkelijke aanwezigheid van het gevreesde onderwerp geconfronteerd werden. Kenmerkend is namelijk dat patiënten met OCS juist in de afwezigheid van het gevreesde twijfelen.

Het is bovendien interessant om aan de hand van beeldvormend onderzoek te bepalen of bij patiënten met OCS op het moment dat zij op cognitief niveau met hun obsessie geconfronteerd worden dezelfde neuronale circuits geactiveerd of juist onderdrukt worden als bij patiënten met waanstoornissen op het moment dat zij met hun waan geconfronteerd worden.

Subtypen Mogelijk zijn er twee typen OCS: subtypen waarin fobische elementen de bovenaanvoeren en die waarin een tekortschietende realiteitstoetsing domineert. Als deze indeling bevestigd wordt in verder onderzoek, zou dat kunnen leiden tot een opsplitsing van OCS in een subtype dat bij de angststoornissen moet worden ondergebracht en een subtype dat bij de cognitieve stoornissen thuishoort. Ook kunnen we dan wellicht op basis van het symptomenbeeld bepalen van welk type behandeling de patiënt het meeste effect kan verwachten.

CONCLUSIE

Bij IBA gaat men ervan uit dat patiënten met OCS angst ervaren omdat hun realiteitstoetsing hapert. Volgens dit model zou er geen sprake van angst zijn als de patiënt zintuiglijk waarneembare informatie adequaat zou integreren in zijn oordelen en handelen. Daarmee bepleit men in dit model een paradigmaverandering: van OCS als angststoornis naar OCS als cognitieve stoornis. Hoewel het model een aansprekende verklaring biedt voor het symptomenbeeld van OCS en er enkele onderzoeksbevindingen zijn die het model lijken te ondersteunen, zijn er nog vele vragen onbeantwoord. Er zijn echter wel aanwijzingen gevonden dat angst ten minste bij een deel van de patiënten met OCS niet de kern, maar slechts een onderdeel van de stoornis vormt.

LITERATUUR

- Aardema, F., Emmelkamp, P., & O'Connor, K. (2005). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 337-345.
- Eisen, J.L., Mancebo, M.A., Pinto, A., e.a. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 270-275.
- Fisher, P.L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Julien, D., O'Connor, K., Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, ob-

- sessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 366-383.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., e.a. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Megen, H.J.G.M. van (2006). Obsessief compulsieve stoornis. In Hovens & H.J.G.M. van Megen (Red.). *Handboek psychologische psychiatrie*. (pp. 285-301). Utrecht: De Tijdstroom.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., e.a. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 453-459.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Navon, D. (1994). From pink elephants to psychosomatic disorders: paradoxical effects in cognition. *Psychology*, 5.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2003). Fusion or confusion in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Reports*, 93, 227-232.
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., e.a. (2005a). Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 148-163.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.C. (2005b). *Beyond reasonable doubt: reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. Chichester: Wiley.
- Oppen, P. van, van Balkom, A.J.L.M., de Haan, E., e.a. (2005). Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in OCD: a 5-year follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1415-1422.
- Purdon, Ch. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Rachman, S., Hodgson, R.S., & Marks, I.M. (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 237-247.
- Rachman, S.J., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S.J., & de Silva, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, suppl. 1, S29-S52.
- Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D., e.a. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 85-97.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., e.a. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, Wiley.
- Zohar, J., Hollander, E., Stein, D.J., e.a. (the Cape Town Consensus Group) (2007). Consensus statement. *CNS Spectrums*, 12 (2 Suppl 3), 59-63.

AUTEURS

H.A.D. VISSER is als psycholoog en cognitief gedragstherapeut werkzaam bij Meerkanten ggz te Ermelo en werkt aan een promotieonderzoek naar OCS.

H.J.G.M. VAN MEGEN is als psychiater en A-opleider werkzaam bij Meerkanten ggz.

P. VAN OPPEN is als gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut werkzaam bij GGZ-Buitenamstel en als universitair hoofddocent op de afdelingen Psychiatrie en Huisartsgeneeskunde van het VUMC te Amsterdam.

A.J.L.M. VAN BALKOM is als psychiater werkzaam bij GGZ-Buitenamstel en is als hoogleraar Psychiatrie verbonden aan de VU in Amsterdam.

Correspondentieadres: H.A.D. Visser, Meerkanten ggz, Johanniterlaan 5, 3841 DS Harderwijk.

E-mail: hvisser@meerkanten.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-8-2008.

SUMMARY

A new explanatory model for obsessive-compulsive disorder – H.A.D. Visser, H.J.G.M. van Megen, P. van Oppen, A.J.L.M. van Balkom –

BACKGROUND Ever since the first descriptions of obsessive-compulsive disorder (OCD) there have been discussions about how the phenomenology of the disorder should be understood. Over the past 50 years the main emphasis has been on the phobic elements of OCD. A new psychological model, called the Inference Based Approach (IBA), focuses on an underexposed aspect of the disorder, namely the strange convictions of the patient.

AIM To compare the new model with the existing cognitive behavioral theories of OCD.

METHOD Literature research was conducted using Medline.

RESULTS According to the IBA it is assumed that patients with OCD feel anxious because their testing of reality is imperfect. Patients would not feel any anxiety if they were able to integrate adequately information obtained via their senses. In that case OCD would be a cognitive disorder, not an anxiety disorder. Although the model provides an attractive explanation for the symptoms of OCD and some of the research results seem to support the model, many questions still remain unanswered.

CONCLUSION There are indications that, at least in some OCD patients, anxiety might be only a part of the disorder rather than the core.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)4, 227-237]

KEY WORDS anxiety disorder, appraisal, belief disorder, obsessive-compulsive disorder, reasoning