

Follow-up bij patiënten met een dwangneurose

door C.A.L. Hoogduin

Samenvatting

De ambulante behandeling van patiënten met een dwangneurose verloopt vaak succesvol. In dit artikel worden de resultaten gegeven van de behandeling van 60 patiënten met een dwangneurose. De behandeling was in 78% van de gevallen succesvol, gemeten na 10 zittingen. Bij follow-up na gemiddeld 21 maanden bleek deze verbetering in 70% van de gevallen te hebben stand gehouden of te zijn toegenomen. Benadrukt wordt dat met de hier toegepaste ambulante, geleidelijke benadering slechts één patiënt afzag van de behandeling, slechts vijf patiënten braken de behandeling voortijdig af.

Inleiding

Bij de behandeling van patiënten met een dwangneurose verdient een ambulant uitgevoerde gedragstherapie de voorkeur. De resultaten van dwangneurotische patiënten, die op een dergelijke wijze behandeld zijn, zijn over het algemeen goed (zie voor een overzicht: Emmelkamp 1982; Hoogduin 1986). De resultaten van een ambulant uitgevoerde gedragstherapie verschillen niet van klinisch uitgevoerde behandelingen (zie: Foa & Steketee 1979; Emmelkamp 1982; Kwee 1984; Hoogduin 1986).

De belangrijkste verschijnselen van de dwangneurose zijn de dwanggedachten en dwanghandelingen. Deze symptomen gaan gepaard met angsten en depressieve klachten (zie Marks 1973; Rachman en Hodgson 1980; Emmelkamp 1982; Hoogduin 1986). Verbetering van patiënten met een dwangneurose zal zich manifesteren in een afname van de specifiek dwangneurotische klachten, maar verwacht kan worden dat als begeleidend verschijnsel de angsten en depressies afnemen. Uitgangspunt bij de behandeling is de notie dat patiënten leren ervaren dat ook zonder het uitvoeren van angstreducerende dwanghandelingen of cognitieve rituelen de angsten en spanningen die de dwanggedachten begeleiden verminderen en verdwijnen.

In dit artikel wordt gerapporteerd over een follow-up-onderzoek van een gedragstherapeutische, poliklinisch uitgevoerde behandeling van

dwangneurotische patiënten. De vraagstelling luidt of patiënten die baat hadden bij een behandeling ook bij follow-up-onderzoek, ten minste 1 jaar later, nog steeds waren verbeterd.

Methode

Patiënten en therapeuten – De patiënten moesten voldoen aan de diagnostische criteria voor dwangneurose (DSM-III). De selectie vond plaats door twee ervaren psychiaters. 60 patiënten werden geaccepteerd. De behandelingen werden uitgevoerd door drie goed getrainde psychologen.

Meetinstrumenten

a. *Zelfregistratie*. Omdat in deze studie ook patiënten werden geaccepteerd met uitsluitend dwanggedachten, was het niet mogelijk op een andere wijze het dwanggedrag te registreren dan door de patiënten zelf.

Het zelf registreren van de dwanghandelingen of -gedachten wordt door de patiënten nogal eens als een zware opgave gezien. Daarom is het van belang een registratiesysteem aan te bieden dat bij een zo groot mogelijke nauwkeurigheid toch zo min mogelijk inspanning van de patiënt vraagt. Bij de zelfregistratie zijn de volgende hulpmiddelen van nut:

- Registratieformulieren: een ruitjesformulier waarbij verticaal de 24 uur van de dag zijn weergegeven en horizontaal 14 dagen van een maand, is geschikt voor het 'turven' van bepaald gedrag. Bij voorbeeld: herhalingen, handen wassen en frequentie van dwanggedachten of controlebehandelingen. Hiermee wordt vooral de frequentie van bepaalde dwangverschijnselen gemeten.

- De golfteller: een apparaat waarmee het aantal slagen bij het golfspel geregistreerd wordt. Door een druk op de knop verspringt het getal dat afleesbaar is met één punt. Dit hulpmiddel is geschikt voor de registratie van bij voorbeeld handen wassen, controlehandelingen en dwanggedachten. Eveneens een hulpmiddel geschikt voor de registratie van de frequentie van bepaalde dwangverschijnselen.

- De schaakklok: dit is een bij het schaken gebruikt apparaat dat bestaat uit twee uurwerken. Deze zijn dusdanig met elkaar verbonden dat het linker, dan wel het rechter uurwerk 'loopt'. Aldus kan bij voorbeeld op het linker uurwerk alle tijd besteed aan dwanggedrag geregistreerd worden en rechts de 'normaal' doorgebrachte tijd. Dit apparaat is geschikt voor de registratie van dwangmatig huishouden of voor patiënten met uren durende cognitieve rituelen.

- De stopwatch: hiermee is de duur van een bepaald ritueel nauwkeurig vast te leggen. Ook de stopwatch is bij uitstek geschikt voor registratie van de duur van bepaalde verschijnselen, bij voorbeeld de duur van schoonmaakrituelen, of de duur van cognitieve rituelen.

Afhankelijk van de symptomatologie werd gekozen voor registratie van frequentie of duur, soms ernst *en* duur. Bij voorbeeld: wanneer een patiënt de handen kort, maar heel vaak waste, werd alleen de frequentie per dag geregistreerd met behulp van een golf teller. Wanneer een patiënt niet alleen vaak, maar ook lang de handen waste werd gekozen voor registratie van de totale wastijd per dag met behulp van de schaakklok of de stopwatch.

b. De mate van *depressiviteit* werd bepaald met behulp van de Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie (SDS) van Zung (1965). Deze schaal is ten onzent bewerkt door Dijkstra (1974). De score die mogelijk is loopt van 20 tot 80.

c. *Angst* werd gemeten met de Zelfbeoordelings Vragenlijst, de Nederlandse bewerking van de Spiegelberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-DY) (Spielberger, Gorsuch, Lushene 1970). Deze lijst bestaat uit twee afzonderlijke zelfrapportagevragenlijsten, waarmee twee onderscheiden angstconcepten kunnen worden gemeten: toestandangst (STAI-DY 1) en angstdispositie (STAI-DY 2). De mogelijke score op deze lijsten ligt tussen 20 en 80.

d. *Ernst* van het dwangmatig gedrag werd gemeten met de inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (Kraaimaat en Van Dam-Baggen 1976), een Nederlandse bewerking van de Leyton Obsessional Inventory (LOI). De score op deze lijst ligt, afhankelijk van de ernst van het dwangmatig gedrag, tussen 32 en 160.

Behandeling – De behandeling bestond uit de volgende elementen:

1. Zelfobservatie en registratie.
2. Exposure:
 - de patiënt zal zich blootstellen aan bedreigende situaties; bij voorbeeld een patiënt die bang is in contact te komen met hondenfacades, wordt er geleidelijk toe gebracht zich weer op straat te begeven;
 - bepaalde dwanggedachten zullen op vaste tijden opgeroepen 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.
3. Responspreventie:
 - de patiënt zal geen dwanghandelingen meer uitvoeren; evenmin zullen andere gezinsleden dergelijke rituelen op verzoek van de patiënt uitvoeren;
 - de omgeving zal niet langer ingaan op het vraaggedrag;
 - de patiënt stopt met de angst- en spanningverminderende gedachten en cognitieve rituelen (vgl. Rachman 1976a, b).

Het behandelingsprogramma wordt door de therapeut en de patiënt te zamen opgesteld, maar zonder toezicht door de patiënt uitgevoerd. Bij de ambulante behandeling wordt de patiënt geleidelijk met behulp van zelfcontroleprocedures ertoe gebracht de neutraliserende dwang-

handelingen achterwege te laten en zich vrijwillig bloot te stellen aan bedreigende situaties (zie ook Hoogduin & Hoogduin 1983).

Criterium mislukking

Onderzoekers hebben verschillende opvattingen over wat zij als een mislukking beschouwen. Marks e.a. (1975) noemen een verbetering van < 25% van het dwanggedrag een mislukking. Boulougouris (1977) noemt een verbetering van < 40% een mislukte behandeling. Rabavilas e.a. (1979) geven in het geheel geen criterium. Emmelkamp e.a. (1983) en Foa (Foa e.a. 1983a + b) hebben in hun studies naar mislukking en succes bij de behandeling van patiënten met dwangneurose, patiënten met een verbetering van minder of gelijk aan 30% als criterium voor een mislukte behandeling genomen. In navolging van Emmelkamp en Foa is in deze studie een verbetering van < 30% van de belangrijkste dwangverschijnselen als criterium voor een mislukte behandeling gekozen. Deze keuze biedt de mogelijkheid de resultaten van het onderzoek te vergelijken met die van Foa en Emmelkamp.

Procedure

Patiënten aangemeld met de diagnose dwangneurose werden na de intake psychologisch onderzocht door een onafhankelijke beoordelaar. De variabelen depressiviteit, angst en dwangmatig gedrag werden gemeten. Hierna werden zij at random toegewezen aan één van de drie therapeuten. Na tien zittingen, hetgeen overeenkomt met ongeveer twintig weken, volgde een tweede meting (nameting) door de onafhankelijke onderzoeker. Indien nodig werd de behandeling voortgezet.

Tijdens de ongeveer één uur durende intake kreeg de patiënt een registratieopdracht. De patiënt werd verzocht voor het (de) belangrijkste dwangsympto(o)m(en) een uitvoerige registratie bij te houden. Frequentie en soms duur van de klachten werden op speciale registratie-lijsten bijgehouden; deze gegevens werden grafisch weergegeven. De eventuele verbetering werd in percentage weergegeven. Bij voorbeeld, een patiënte die als belangrijkste klacht het zich zelf wassen en douchen had, werd gevraagd alle tijd die zij besteedde met dit wassen te registreren. Bij deze patiënte bedroeg deze tijd vóór de behandeling 8.15 uur gemiddeld per dag. Na tien zittingen bedroegen de totale reinigingsrituelen 5.10 uur. De verbetering werd berekend uit het quotiënt van de afname van de wastijd 3.05 gedeeld door de uitgangstijd 8.15 maal 100%.

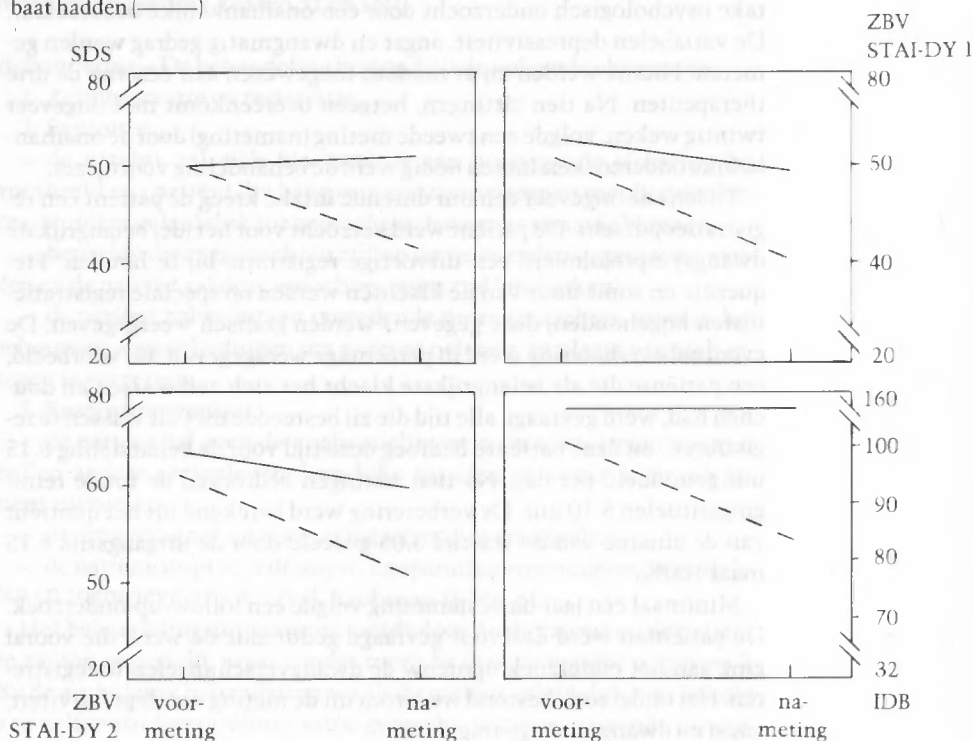
Minimaal één jaar na de nameting volgde een follow-up-onderzoek. De patiënten werd daarvoor gevraagd gedurende de week die vooraf ging aan het onderzoek opnieuw de dwangverschijnselen te registreren. Het onderzoek bestond wederom uit de meting van depressiviteit, angst en dwangmatig gedrag.

Resultaten

De Zelfregistratie – Dertien (22%) van de patiënten vertoonden een vooruitgang die gelijk aan of kleiner was dan 30%. Bij gevolg hebben 47 (78%) van de patiënten baat gehad bij de behandelingen. Van deze 47 patiënten verbeterden er 15 (25%) minder dan of gelijk aan 70% en 32 (53%) meer dan 70%.

Depressiviteit, angst en dwangmatig gedrag – Bij de 47 patiënten die baat hadden bij de behandeling kon een vermindering van de gemiddelde score op de SDS (Mann-Whitney-U-test $p < 0,001$), een vermindering van de gemiddelde score op de ZBV STAI-DY 1 (Mann-Whitney-U-test $p < 0,001$), een vermindering van de gemiddelde score op de ZBV STAI-DY 2 (Mann-Whitney-U-test $p < 0,001$) en een vermindering van de gemiddelde score op de IDB (Mann-Whitney-U-test $p < 0,001$) vastgesteld worden. Dit betekent dat de patiënten die baat hadden bij de behandeling, na de behandeling minder depressief, minder angstig waren en minder dwangmatig gedrag vertoonden. Bij de patiënten die geen baat hadden was dit niet het geval (zie figuur 1).

Figuur 1: Voor- en nameting van depressie, angst en dwangmatig gedrag van de patiënten die baat hadden bij de behandeling (---) en de patiënten die geen baat hadden (—)



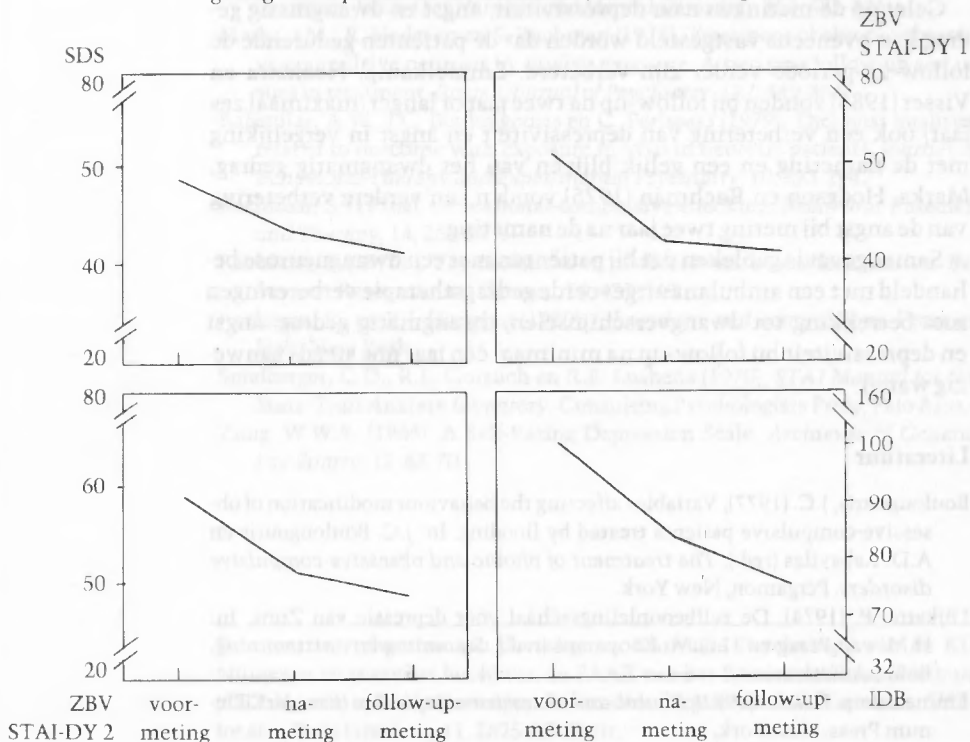
Follow-up-onderzoek

Gemiddeld 21 maanden (12-36 maanden) na de nameting werden de patiënten uit de S-groep opnieuw onderzocht. Van de 47 patiënten uit de S-groep bleken 2 patiënten onvindbaar ten gevolge van verhuizing. Eén patiënt weigerde aan het onderzoek mee te werken. Eén patiënt kwam wel voor het onderzoek, maar deelde mee dat hij van zijn klachten bevrijd was en weigerde vragenlijsten in te vullen. Van de 43 patiënten hadden 11 patiënten nog contacten met de een of andere hulpverlening, de overige patiënten niet. Eén patiënt van de 43 bleek ge-

Tabel 1: Metingen van de patiënten uit de S-groep, die deelnamen aan het follow-up-onderzoek (n = 42)

	SDS		STAI-DY 1		STAI-DY 2		IDB	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
voormeting	50	(9.9)	52	(11.2)	60	(9.7)	101	(17.6)
nameting	43	(9.8)	42	(14.2)	51	(11.4)	84	(18.3)
follow-up-meting	41	(11.2)	41	(12.2)	48	(12.3)	75	(17.2)

Figuur 2: Voor-, na- en follow-up-meting van depressie, angst en dwangmatig gedrag van de patiënten die deelnamen aan het follow-up-onderzoek (n = 42)



heel teruggevallen te zijn en klinisch behandeld te worden. Van de resterende 42 bedroeg de verbetering bij 9 patiënten 30-70% en bij de overige 33 gevallen 70% of meer. Tijdens het follow-up-onderzoek werd aan de patiënten gevraagd een verbeteringspercentage aan te geven; ook de onafhankelijke beoordelaar maakte een schatting van de verbetering. De gemiddelde verbetering op grond van de registratie bedroeg 82%, de gemiddelde verbetering aangegeven door de patiënten 78% en die van de onafhankelijke onderzoeker was eveneens 82%. In tabel 1 worden de resultaten van de metingen van de 42 patiënten weergegeven.

De gegevens uit tabel 1 zijn in figuur 2 grafisch weergegeven. De gemiddelde score op de SDS, de ZBV STAI-DY 1 en de ZBV STAI-DY 2 en IDB is verder verlaagd (zie figuur 2).

Slotopmerkingen

Het uiteindelijke succespercentage van de behandeling van de 60 patiënten bedraagt bij de follow-up 70%, waarbij dient aangetekend dat de patiënt die sterk verbeterd was, maar weigerde aan het onderzoek mee te werken, de twee patiënten die niet op te sporen waren en de patiënt weigerde aan het follow-up-onderzoek mee te werken, als niet verbeterd bij follow-up zijn opgevat.

Gelet op de metingen naar depressiviteit, angst en dwangmatig gedrag kan eveneens vastgesteld worden dat de patiënten gedurende de follow-up-periode verder zijn verbeterd. Emmelkamp, Hoekstra en Visser (1983) vonden bij follow-up na twee jaar of langer (maximaal zes jaar) ook een verbetering van depressiviteit en angst in vergelijking met de nameting en een gelijk blijven van het dwangmatig gedrag. Marks, Hodgson en Rachman (1975) vonden een verdere verbetering van de angst bij meting twee jaar na de nameting.

Samengevat is gebleken dat bij patiënten met een dwangneurose behandeld met een ambulant uitgevoerde gedragstherapie verbeteringen met betrekking tot dwangverschijnselen, dwangmatig gedrag, angst en depressiviteit bij follow-up na minimaal één jaar nog steeds aanwezig waren.

Literatuur

- Boulougouris, J.C. (1977), Variables affecting the behaviour modification of obsessive-compulsive patients treated by flooding. In: J.C. Boulougouris en A.D. Rabavilas (red.), *The treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders*. Pergamon, New York.
- Dijkstra, P. (1974), De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: H.M. van Praag en H.G.M. Rooymans (red.), *Stemming en ontstemming*. Bohn, Amsterdam.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982), *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. Plenum Press, New York.

- Emmelkamp, P.M.G., R.J. Hockstra en S. Visser (1983), The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder, prediction of outcome at 3.5 year follow-up. In: H. Benner (red.), *Psychiatry, current states*. Plenum, New York.
- Foa, E.B., J.B. Grayson, G. Steketee, H.G. Doppelt, R.M. Turner en P.R. Latimer (1983a), Succes and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 287-297.
- Foa, E.B., en G.S. Steketee (1979), Obsessive-compulsives: conceptual issues and treatment interventions. In: M. Hersen, R.M. Eisler en P. Miller (red.), *Progress in Behavior Modification*, 8, 1-55, Academic Press, Londen.
- Foa, E.B., G.S. Steketee, J.B. Grayson en H.G. Doppelt (1983b), Treatment of obsessive-compulsives: when do we fail? In: E.B. Foa en P.M.G. Emmelkamp (red.), *Failure in behavior therapy*. Wiley, New York.
- Hoogduin, C.A.L. (1986), *De ambulante behandeling van dwangneurose*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C.A.L., en W.A. Hoogduin (1983), De ambulante behandeling van 25 patiënten met een obsessief-compulsieve neurose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 10, 676-687.
- Kraaiaat, F.W., en C.M.J. van Dam-Baggen (1976), Ontwikkeling van een zelfbeoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 31, 201-211.
- Kwee, M.G.T. (1984), *Klinische multimodale gedragstherapie*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Marks, I.M. (1973), New approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 156, 421-426.
- Marks, I.M., R. Hodgson en S. Rachman (1975), Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. A two year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Rabavilas, A.W., J.C. Boulougouris en C. Perissaki (1979), Therapist qualities related to outcome with exposure in-vivo in neurotic patients. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 293-294.
- Rachman, S. (1976a), Obsessional-compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 269-277.
- Rachman, S. (1976b), The modification of obsessions: a new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S., en R.J. Hodgson (1980), *Obsessions and compulsions*. Prentice Hall, New York.
- Spielberger, C.D., R.L. Gorsuch en R.E. Lushene (1970), *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Zung, W.W.K. (1965), A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Schrijver is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de KU Nijmegen en is tevens hoofd van de PAAZ van het Reinier de Graaf Gasthuis (SHZ-locatie) te Delft. Correspondentieadres: Reinier de Graaf Gasthuis, SHZ-locatie, R. de Graafweg 11, 2625 AD Delft.