

# State of the art

door A.J.L.M. van Balkom en P. van Oppen

Diagnostiek en behandeling van obsessieve compulsieve stoornis

Gepubliceerd in 1996, no. 1

## Samenvatting

**In dit literatuuroverzicht worden diagnose, epidemiologie, etiologie, meetinstrumenten en behandeling van obsessieve compulsieve stoornis (OCS) besproken. De diagnose OCS wordt voornamelijk gesteld op grond van de anamnese, en kan betrouwbaar geschieden met behulp van ADIS, een gestructureerd interview voor angststoornissen. Deze chronische aandoening heeft een life-time-prevalentie van 2,4%. Onderzoek naar de oorzaak van OCS heeft tegenstrijdige bevindingen opgeleverd, maar een effectieve behandeling met serotonerge antidepressiva, gedrags- en cognitieve therapie is mogelijk. Het behandel-effect van cognitieve/gedragstherapie is groter dan dat van antidepressiva. De combinatiebehandeling van deze antidepressiva met gedragstherapie vergroot het effect van gedragstherapie niet.**

## Inleiding

Nog maar kort geleden werd de obsessieve compulsieve stoornis (OCS) beschouwd als een zeldzame en onbehandelbare aandoening. De laatste decennia zijn beide opvattingen radicaal veranderd. OCS blijkt niet alleen veel vaker voor te komen dan werd verondersteld, maar is daarnaast goed behandelbaar gebleken met antidepressiva, gedragstherapie en cognitieve therapie. Deze ontwikkelingen rond OCS hebben een enorme hoeveelheid onderzoek op gang gebracht. In dit overzichtsartikel wordt de huidige kennis omtrent diagnose, epidemiologie, etiologie, meetinstrumenten en behandeling van OCS beknopt samengevat.

## Diagnostiek

*DSM-IV-criteria* - De diagnostische criteria voor de diagnose OCS volgens DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) zijn het vóórkomen van hetzij obsessies hetzij compulsies. Obsessies ofwel dwanggedachten worden gedefinieerd als steeds terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of beelden die door de patiënt als opdringend en niet bij de persoon passend beleefd worden (of ooit in de ziektegeschiedenis als zodanig beleefd zijn), en die angst of ongemak veroorzaken. De patiënt tracht dwanggedachten te negeren, neutraliseren of onderdrukken met andere gedachten of met dwanghandelingen, en ziet in dat ze het produkt zijn van zijn geest (en niet van buitenaf binnengebracht, zoals bij gedachteninbrenging).

Compulsies of dwanghandelingen worden omschreven als herhaaldelijke gedragingen of mentale activiteiten, die door de patiënt vaak uitgevoerd worden als reactie op een obsessie. Soms zijn dwanghandelingen het gevolg van strikte regels. Compulsies kunnen 'overt' plaatsvinden: handen wassen of het uitvoeren van controlehandelingen, maar ook 'covert': bidden, tellen of het herhalen van gedachten. De dwanghandelingen dienen om angst en ongemak te verminderen of om een gevreesde situatie te voorkomen, maar zijn overdreven en niet op reële wijze gerelateerd aan de gevreesde situatie.

Naast de aanwezigheid van óf obsessies óf compulsies is een vereiste dat de volwassen patiënt zich realiseert dat de dwangsymptomen excessief en irrationeel zijn, of dat hij zich dat op een bepaald moment in het beloop van de aandoening gerealiseerd heeft. De dwangsymptomen moeten minimaal één uur per dag in beslag nemen, of interfereren met het gebruikelijke gedrag van de patiënt, met diens werk, sociale activiteiten of relaties. Bij aanwezigheid van een andere As I-stoornis mag de inhoud van de dwangsymptomen hieraan niet gerelateerd zijn. Ook mag de stoornis niet het directe gevolg zijn van het gebruik van psychoactieve stoffen of een somatisch-medische aandoening. Wanneer de patiënt zich gedurende het grootste deel van de aandoening niet realiseert dat de dwangsymptomen excessief of irrationeel zijn, wordt de diagnose OCS nader gespecificeerd met het label 'met weinig inzicht'.

*Fenomenologie* - De kennis omtrent fenomenologie bestaat voornamelijk door onderzoek in patiëntpopulaties. In de patiëntpopulatie blijken in ongeveer 80% van de gevallen obsessies en compulsies te zamen voor te komen (zie onder andere: Marks 1987). Recent epidemiologisch onderzoek (de 'Epidemiologic Catchment Area' Study) heeft echter aangetoond dat de meest voorkomende vorm van dwang in de bevolking bestaat uit obsessies *zonder* compulsies (Weissman e.a. 1994). Bij dit onderzoek werd uitgegaan van de DSM-III-criteria. Fenomenologisch onderzoek met de nieuwe DSM-IV-criteria heeft tot op heden niet plaatsgevonden.

Over het algemeen zijn dwanggedachten angstwekkend en leidt de uitvoering van compulsies tot angstreductie (Rachman en Hodgson 1980; Hoogduin 1986). Verschillende vormen van OCS zijn was-, controle-, herhalings- en teldwang. Combinaties komen ook voor. Was- en controledwang zijn de meest frequente varianten (Rasmussen en Eisen 1990). Bij wasdwang lijdt de patiënt aan een obsessie om besmet te raken, bevuild te worden of anderen te besmetten of te bevuilen. De angst die de gedachte aan besmetting oproept, wordt verminderd door middel van het uitvoeren van was- en schoonmaakrituelen. Bij controledwang worden frequent licht, gas, elektrische huishoudelijke apparaten, audio- en video-installaties en de sloten van deuren en ramen gecontroleerd. Hierbij passen obsessies met een catastrofale inhoud, zoals het veroorzaken van een gasontploffing of kortsluiting, waarbij de patiënt verantwoordelijk is voor de sterfte van velen of voor ernstige schade. Bij de herhalingsdwang moeten allerlei dagelijkse gedragingen herhaald worden, wanneer de patiënt tijdens die gedragingen 'slechte' gedachten had. Het gedrag moet daarna met een 'goede' gedachte over worden gedaan. Kenmerkend voor deze 'slechte' gedachten is dat ze vaak agressief of seksueel van aard zijn, en dat de patiënt niet accepteert dat hij dergelijke gedachten heeft. Dwangmatig tellen is meestal niet geassocieerd met angstwekkende obsessies. Compulsies moeten soms een vaststaand aantal malen worden uitgevoerd. Tijdens deze 'herhalingen' telt de patiënt dan. Wordt de sequentie gestoord, dan moet hetzelfde aantal compulsies opnieuw worden uitgevoerd, of een veelvoud daarvan.

Om het uitvoeren van dwanghandelingen te voorkomen, vermijden veel patiënten situaties die dwang uitlokken. De patiënt met controledwang bijvoorbeeld kookt niet meer, zodat hij het gas niet hoeft te controleren, en de patiënt met wasdwang blijft zoveel mogelijk binnenshuis, zodat hij niet gecontamineerd kan worden met uitwerpselen van honden.

*Het stellen van de diagnose* - De diagnose OCS volgens DSM-IV wordt primair gesteld op grond van de anamnese. Een aanvullend lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek kunnen noodzakelijk zijn om OCS te onderscheiden van dwangsymptomen die het gevolg zijn van het gebruik van psychoactieve stoffen of van een somatisch-medische aandoening. De patiënt krijgt dan niet de diagnose OCS, maar 'angststoornis als gevolg van het gebruik van psychoactieve stoffen', respectievelijk 'angststoornis als gevolg van een algemene medische conditie'. Er zijn casus beschreven van het ontstaan van dwangsymptomen bij encefalitis, chorea, epilepsie, schedeltrauma (Jenike 1984) en na diazepam- onttrekking (Drummond en Matthews 1988). Het vóórkomen van dwangverschijnselen in het kader van dergelijke ziektebeelden lijkt echter zeldzaam.

Een betrouwbare diagnose kan men verkrijgen door gebruik te maken van een gestructureerd interview voor angststoornissen: ADIS ('Anxiety Disorders Interview Schedule' (DiNardo e.a. 1983)). ADIS was oorspronkelijk gebaseerd op DSM-III-criteria, maar is inmiddels aangepast aan DSM-III-R, en in het Nederlands bewerkt door Bouman e.a. (1987). Momenteel wordt gewerkt aan een versie die gebaseerd is op DSM-IV-criteria. Uit onderzoek dat verricht is met ADIS, blijkt dat het stellen van de diagnose OCS met dit instrument betrouwbaar is. Voor OCS werden in twee onderzoeken met ADIS kappa's gevonden van respectievelijk .66 en .83 (Barlow 1985; DiNardo e.a. 1983). De coëfficiënt kappa (

## **k**

) drukt de mate van overeenstemming uit tussen twee clinici bij een bepaalde beoordeling. Een waarde groter dan .70 duidt op een bevredigende mate van overeenstemming (Cohen 1960).

Ondanks het gebruik van ADIS is het soms onduidelijk of zich herhalende intrusieve gedachten, impulsen, beelden of handelingen - die immers bij vele andere stoornissen voorkomen - het label 'dwang' moeten krijgen of niet. Een hulpmiddel hierbij is het beoordelen of de 'dwang'symptomen passen binnen het kader van een andere As I-stoornis. Immers, bij aanwezigheid van een dergelijke stoornis wordt géén OCS gediagnostiseerd wanneer de inhoud van de 'dwang'symptomen aan de andere As I-stoornis is gerelateerd (bijvoorbeeld preoccupatie met het uiterlijk bij dysmorphofobie, met haren bij trichotillomanie, met eten bij eetstoornissen, en met het gevreesde object bij fobieën). Ditzelfde geldt voor pathologisch gokken, de parafilieën en de verslavingen. Bij deze stoornissen zijn patiënten ook gepreoccupeerd met bepaalde gedachten en komen bepaalde rituele gedragingen voor, die vaak door de patiënt als 'dwang' beleefd worden. Het verschil met de OCS zit in het feit dat dergelijke patiënten hun gedachten of gedrag vaak niet als zinloos ervaren, er plezier aan ontlenen, en dat de gedragingen vaak slechts weerstaan worden door eventuele nadelige gevolgen van het uitvoeren ervan (Hollander 1993).

De hiërarchische regels van DSM-IV geven aan dat, wanneer een patiënt naast OCS aan de criteria voor meerdere stoornissen voldoet, *al* deze diagnoses gesteld worden. Differentiaaldiagnostisch kan het moeilijk zijn een obsessie van een waan te onderscheiden. Het onderscheid ligt bij de mogelijkheid van een patiënt om het waarheidsgehalte van de dwangsymptomen ter discussie te stellen. Wanneer een 'obsessie' het karakter van een waan heeft aangenomen, terwijl compulsies aanwezig zijn, kan één van de psychotische stoornissen naast OCS worden gediagnostiseerd. Een obsessie wordt onderscheiden van zich overmatig zorgen maken, zoals in de diffuse angststoornis, doordat de inhoud van de zorgen bij de diffuse angststoornis een reële basis heeft. Ireële zorgen en twijfels over de aanwezigheid van ziekten - ook als deze leiden tot controlehandelingen of overmatig wassen - worden geclassificeerd als 'hypochondrie'. Wanneer er echter dwangsymptomen bestaan los van de hypochondrische angsten, wordt eveneens OCS gediagnostiseerd. Compulsies dienen te worden afgescheiden van tics en stereotiep gedrag. Beide symptomen zijn minder complex dan dwanghandelingen, en er niet op gericht een obsessie te 'neutraliseren'. De obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis is van OCS te onderscheiden doordat deze zich *niet* kenmerkt door het vóórkomen van obsessies en compulsies, maar door een extreme mate van ordelijkheid en perfectionisme.

## **Epidemiologie**

De laatste jaren zijn diverse grote epidemiologische studies verricht naar de prevalentie van psychiatrische stoornissen (voor een overzicht zie: Rasmussen en Eisen 1990; Weisman 1988). In deze studies wordt zowel de zes-maandsprevalentie weergegeven als de 'life-time'-prevalentie. Onder zes-maandsprevalentie wordt verstaan de proportie van het aantal personen in de populatie dat in de zes maanden voorafgaand aan de beoordeling voldeed aan de criteria voor OCS, of er op het moment

van beoordelen aan voldoet. De life-time-prevalentie geeft een dergelijke proportie van het aantal personen in de populatie dat gedurende het hele leven aan de OCS-criteria voldeed, of dat er op het moment van beoordelen nog aan voldoet. De zes-maandsprevalentie voor OCS is ongeveer 1,4%; de life-time-prevalentie 2,4%. Dit onderzoek is voornamelijk verricht bij patiënten tot 65 jaar. Bij ouderen blijkt een vrijwel identieke zes-maandsprevalentie te bestaan van ongeveer 1% (Vermeulen e.a. 1994). Dit betekent voor de Nederlandse situatie dat ongeveer 350.000 mensen ooit in hun leven aan de criteria voor OCS voldoen. Onbehandeld is OCS een chronische aandoening, waarvan de symptomen in de tijd in ernst kunnen fluctueren (Wittchen 1988). De prevalentie bij mannen en vrouwen is ongeveer even hoog. De gemiddelde leeftijd van ontstaan van OCS ligt in het tweede decennium (Marks 1987). Bij mannen begint de stoornis eerder dan bij vrouwen (Rasmussen en Eisen 1990).

### **Comorbiditeit**

OCS wordt frequent samen gezien met stemmingsstoornissen, andere angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Onderzoek naar comorbiditeit is niet eenduidig te interpreteren, omdat in de diverse studies verschillende definities aangaande het te zamen voorkomen van stoornissen worden gebruikt. Hier wordt alleen onderzoek samengevat waarin onderzocht is hoe vaak OCS voorkomt met 'secundaire' diagnoses. Deze zijn gedefinieerd als stoornissen die zich ontwikkeld hebben *nadat* OCS ontstaan is. Op een dergelijke manier gedefinieerd, blijkt OCS in 30% van de gevallen geassocieerd te zijn met een depressie in engere zin, in 11% met een sociale fobie, in 7% met een enkelvoudige fobie en in 6% met een paniekstoornis (Rasmussen en Eisen 1990). Ongeveer de helft van de patiënten met OCS voldoet aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (Stein e.a. 1993; Baer e.a. 1990). De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen zijn van het theatrale, afhankelijke en borderline-type. De obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis komt zeer weinig voor bij OCS, namelijk maar 6%. Er moet echter gewezen worden op de methodologische beperkingen van dit onderzoek, waar men immers in aanwezigheid van een angststoornis een persoonlijkheidsstoornis tracht te diagnostiseren.

### **Etiologie**

Endogene zowel als exogene etiologische factoren zijn geïdentificeerd. Genetisch onderzoek bij tweelingen en in families suggereert een erfelijke aanleg als basis van OCS. Tot op heden is echter geen eenduidig overervingspatroon uit deze studies naar voren gekomen. De concordantie van monozygote tweelingen is hoger dan die voor dizygote (Pauls e.a. 1991). Niet alleen monozygote tweelingparen zijn concordant voor OCS. Dit wil zeggen dat naast erfelijke factoren ook exogene oorzaken van invloed zijn op het ontstaan van OCS (Torgerson 1990).

Exogene biologische factoren in de genese van OCS zijn tot op heden niet gevonden. Zoals boven reeds gemeld, komen dwangsymptomen incidenteel voor samen met neurologische aandoeningen. Voor de grote groep patiënten met OCS is een exogene biologische factor echter niet aangetoond.

Onder psychologische factoren kunnen persoonlijkheidskenmerken worden gerubriceerd. In dit kader worden deze gezien als een vulnerabiliteitsfactor in het ontstaan van OCS. Het gelijktijdig vóórkomen van As II-stoornissen en OCS zegt echter niets over causaliteit. Alhoewel As I-stoornissen kunnen evolueren uit bestaande persoonlijkheidsstoornissen, is het ook mogelijk dat een syndromale aandoening een stoornis in de persoonlijkheid veroorzaakt. In een onderzoek naar deze vragen werden 3000 mannen prospectief vervolgd gedurende zes jaren (Nyström en Lindegård 1975). Bij aanvang vulden allen een aantal persoonlijkheidsvragenlijsten in. In deze periode ontwikkelden 114 mannen diverse psychiatrische ziekten, waaronder depressie (n = 37), neurasthenie (n = 17) en angststoornissen (n = 17). Het bleek *niet* mogelijk om specifieke predisponerende factoren te identificeren voor iedere

aandoening afzonderlijk, maar alle 114 personen te zamen hadden meer psychasthene persoonlijkheidstrekken dan de mannen die geen psychiatrische ziekte kregen. Deze resultaten kunnen wijzen op premorbide persoonlijkheidskenmerken als vulnerabiliteitsfactor. Een alternatieve verklaring kan echter zijn dat de 'persoonlijkheidskenmerken', die men dacht te meten bij aanvang van het onderzoek, niet zozeer premorbide persoonlijkheidstrekken waren, maar eerder 'formes frustes' van de later ontstane syndromale aandoening.

Een etiologische omgevingsfactor die is aangetoond, is het vóórkomen van een groter aantal 'life-events' in het jaar voorafgaand aan het ontstaan van OCS dan bij een 'normale' controlegroep (Monroe en Wade 1988). In vergelijking met een andere angststoornis, bijvoorbeeld de paniekstoornis, is geen specifiek type life-event gevonden dat zich vooral voordoet voorafgaande aan OCS (De Loof e.a. 1989). Dit wijst op de specifieke relatie tussen life-events en het ontstaan van OCS.

Er is slechts weinig bekend over het verband tussen gebeurtenissen in de kindertijd en het ontstaan van OCS op latere leeftijd. Dit is voornamelijk retrospectief onderzocht. Aan patiënten met OCS is gevraagd wat zij - achteraf gezien - op te merken hadden over hun ouders. De onderzoeksliteratuur is kwantitatief samengevat (zie: Gerlsma e.a. 1990). Voor OCS kon geen consistente relatie met de waargenomen opvoedingsstijl van de ouders gelegd worden.

### **Meetinstrumenten**

De ernst van de symptomen en het effect van een behandeling van OCS kunnen worden geëvalueerd door middel van vragenlijsten. Hieronder worden veel gebruikte vragenlijsten besproken: de zelfbeoordelingsvragenlijsten 'Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory', 'Inventarisatie Dagelijkse Bezigheden' en 'Padua Inventory-R'; de door beoordelaars in te vullen vragenlijst 'Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale' en 5-situatieschaal', een vragenlijst die zowel door de patiënt zelf als door een beoordelaar kan worden ingevuld. Van de meeste vragenlijsten bestaan in het Nederlands vertaalde versies, die gevalideerd zijn.

*Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson en Rachman 1977) bestaat uit 30 juist/onjuist-items en brengt verschillende dwangsymptomen in kaart. Deze vragenlijst bestaat uit vier subschalen: (1) controleren (9 items), (2) schoonmaken (11 items), (3) traagheid (7 items) en (4) twijfelen (7 items). Een nadeel van MOCI is dat niet alle subschalen betrouwbaar zijn voor een Nederlandse populatie. De subschalen controleren en schoonmaken en de totaalscore zijn echter betrouwbare en valide schalen (Kraaykamp e.a. 1990). MOCI is sensitief voor veranderingen in de ernst van dwangsymptomen.

*Inventarisatie Dagelijkse Bezigheden* (IDB; Kraaimaat en Van Dam-Baggen 1976) is een Nederlandse bewerking van Leyton Obsessional Inventory (Cooper 1970). IDB bevat 32 items die op een 5-puntsschaal beantwoord moeten worden. In deze vragenlijst zijn vier subschalen te definiëren: (1) problemen met structureren van handelingen en omgeving, in volgorde, tijd en plaats, (2) herhalen en controleren van de handelingen, (3) onaangename en ireële gedachten en (4) besmetting. De betrouwbaarheid van deze dimensies lijkt voldoende. IDB kan normalen van patiënten met OCS onderscheiden (Kraaimaat en Van Dam-Baggen 1976; Arts e.a. 1990). De totaalscore van IDB wordt gebruikt als maat voor de ernst van dwangsymptomen.

*Padua Inventory-R* (Van Oppen e.a. 1995) is een bewerking van de oorspronkelijke Italiaanse Padua Inventory (60 items) (Sanavio 1988). Deze gereviseerde versie bestaat uit 41 geselecteerde items die op een 5-puntsschaal gescoord moeten worden. Er worden vijf subschalen onderscheiden: (1) impulsen, (2) wassen, (3) controleren, (4) rumineren en (5) netheid. PI-R kan normalen en patiënten met andere angststoornissen onderscheiden van patiënten met OCS. De schaal is gevoelig voor het meten van verbetering (Van Oppen e.a. 1995).

*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman e.a. 1989a; Goodman e.a. 1989b)* is een gestructureerd interview dat gescoord kan worden door de therapeut of een onafhankelijk beoordelaar. Y-BOCS bestaat uit 10 items die de ernst van de dwangsymptomen meten. In Y-BOCS zijn twee subschalen te onderscheiden: (1) obsessies en (2) compulsies. Y-BOCS is een betrouwbare en valide beoordelingschaal om de ernst van dwangsymptomen bij patiënten met OCS in kaart te brengen (Goodman e.a. 1989a, 1989b). Tevens blijkt Y-BOCS gevoelig te zijn voor het meten van therapie-effect (Van Oppen e.a. 1995). Een nadeel van Y-BOCS is dat dit interview in vergelijking met zelfbeoordelingsvragenlijsten veel tijd in beslag neemt.

*Vijf-situatieschaal* is een aangepaste versie van de Watson en Marks-schaal (1971) die bij veel fobische stoornissen gebruikt wordt. Deze schaal bestaat uit 5 idiosyncratische situaties die gescoord worden op een 9-puntsschaal op de dimensie angst/ongemak en/of op de dimensie vermijding. De items verschillen dus van patiënt tot patiënt. De betreffende situaties kunnen zowel door therapeut, patiënt als door een onafhankelijk beoordelaar gescoord worden. Deze schaal is in vergelijking met MOCI, PI-R en Y-BOCS het meest sensitief voor het detecteren van een behandelresultaat (Kraaykamp e.a. 1990; Emmelkamp 1982; Van Oppen e.a. 1995). Aangezien deze schaal een idiosyncratische vragenlijst is, bestaan geen normgegevens.

### **Behandel mogelijkheden**

Bij het bespreken van de onderzoeksresultaten naar het effect van behandelingen bij OCS beperken we ons tot de resultaten van gedragstherapie, cognitieve therapie, antidepressiva en combinaties van deze behandelingen. De non-directieve therapieën (psychoanalyse en Rogeriaanse therapie) en andere farmaca blijven buiten beschouwing omdat deze tot op heden niet systematisch geëvalueerd zijn bij OCS (Van Balkom e.a. 1994). De resultaten van psychochirurgie worden niet besproken, omdat deze behandeling gereserveerd is voor therapie-refractaire patiënten (Mindus en Jenike 1992).

*Gedragstherapie* - In 1966 publiceerde Meyer als eerste over een succesvolle gedragstherapeutische methode voor de behandeling van OCS. Deze intramurale behandeling bestond uit responspreventie, modellering en flooding in vivo. Latere studies tonen aan dat graduele exposure in vivo even effectief is als flooding (Boersma e.a. 1976; Marks e.a. 1975). Bij exposure in vivo stellen patiënten zich op systematische wijze bloot aan (angstwekkende) situaties die dwanghandelingen provoceren. De dwanghandelingen worden echter niet uitgevoerd (responspreventie). Voor een effectieve behandeling van OCS is zowel het exposure-element als het responspreventie-element essentieel (Foa e.a. 1980; Foa e.a. 1984).

Voor de meeste dwangpatiënten is klinische behandeling niet nodig (Hoogduin 1986), omdat poliklinische en klinische behandelingen even effectief gebleken zijn (Van den Hout e.a. 1988). Het is van belang de exposure-sessies lang genoeg te laten duren aangezien korte exposure-sessies van 10 minuten minder effectief zijn dan langer durende van 80 minuten (Rabavilas e.a. 1976). Daarentegen heeft de frequentie van exposure in vivo-sessies geen invloed op het behandelresultaat (Emmelkamp e.a. 1988a). Het effect van door de patiënt zelf uitgevoerde exposure in vivo en responspreventie kan niet vergroot worden door de therapeut actief in te schakelen bij de exposure-opdrachten ('therapeutgecontroleerde exposure en responspreventie'; Emmelkamp e.a. 1988a). Ook levert het betrekken van de partner van de patiënt bij de behandeling geen groter effect op dan het individueel behandelen van de OCS-patiënt (Emmelkamp e.a. 1989). Exposure in vivo is effectief bij twee derde van de patiënten. De gemiddelde klachtreductie op de meetinstrumenten is 70%. Follow-up-onderzoek toont aan dat de in de behandeling behaalde effecten van exposure in vivo en responspreventie tot vier jaar na behandeling stabiel blijven (Visser e.a. 1992).

*Cognitieve therapie* - Tot nog toe zijn er vier gecontroleerde studies verricht naar de effectiviteit van cognitieve therapie bij OCS. In het eerste gecontroleerde onderzoek naar het effect van cognitieve therapie bij patiënten met een dwangstoornis werd het effect van de zogenaamde zelfinstructietraining (Meichenbaum 1975) onderzocht. Bij deze vorm van cognitieve therapie wordt de patiënten geleerd om hun negatieve angstproeppende self-statements' te vervangen door positieve 'coping self-statements'. Deze zelfinstructietraining bleek de effectiviteit van exposure in vivo en responspreventie niet te vergroten (Emmelkamp e.a. 1980). Aangezien patiënten met dwangproblemen gekenmerkt worden door excessieve 'self-talk' en twijfels, valt het te betwijfelen of zelfinstructietraining de meest geschikte vorm van cognitieve therapie is voor deze klachten. Met zelfinstructietraining worden de cognities alleen oppervlakkig beïnvloed, terwijl de diepere cognitieve structuren blijven bestaan.

Emmelkamp e.a. hebben tweemaal de waarde van het rationeel uitdagen van irrationele gedachten (volgens de Rationeel Emotieve Therapie van Ellis; RET) van patiënten met OCS onderzocht (Emmelkamp e.a. 1988b; Emmelkamp en Beens 1991). Uit de eerste studie bleek dat RET op de dwangsymptomen even effectief was als exposure in vivo. Uit het tweede onderzoek bleek dat cognitieve therapie gevolgd door exposure in vivo even effectief is als exposure in vivo alleen. Deze twee onderzoeken samenvattend kan gezegd worden dat RET even effectief is als exposure in vivo, maar dat een combinatie van beide behandelingen niet meer oplevert dan alleen exposure in vivo.

In de twee hierboven beschreven onderzoeken naar RET werd cognitieve therapie 'puur' aangeboden. Dat wil zeggen dat de patiënten niet geïnstrueerd werden hun gedrag te veranderen. In de cognitieve therapie van Beck en Salkovskis (Beck 1976; Salkovskis 1985) maken gedragsexperimenten echter een essentieel onderdeel uit van de cognitieve therapie. Recent onderzoek laat zien dat deze vorm van therapie even effectief is als exposure in vivo bij de behandeling van dwangstoornis (Van Oppen e.a. 1995). Over de effecten van cognitieve therapie op de lange termijn bestaan geen gegevens.

*Farmacotherapie* - De middelen van keuze bij de medicamenteuze behandeling van OCS zijn de antidepressiva clomipramine, fluvoxamine en fluoxetine. Het is niet uitgesloten dat sommige andere antidepressiva ook werkzaam zijn bij OCS. De effectiviteit van de drie genoemde middelen, en met name van clomipramine, is echter het best gedocumenteerd. Clomipramine en fluvoxamine worden bij OCS gedoseerd tot maximaal 300 mg per dag, fluoxetine tot 80 mg per dag (Jenike 1990). Nadat de patiënt acht weken op deze middelen is ingesteld, kan het effect worden geëvalueerd. Gemiddeld reageert 50% van de patiënten op de medicatie. Weinig patiënten worden geheel symptoomvrij. De meesten merken een vermindering van de dwanggedachten, dwanghandelingen en angsten. Op meetinstrumenten ziet men gemiddeld een verbetering van 40%. Dat wil zeggen dat de meeste patiënten die positief reageren, nog steeds kampen met klinisch relevante dwangklachten. Wanneer een secundaire depressie aanwezig is, zal meestal ook de stemming verbeteren. De werkzaamheid van de antidepressiva op de dwangsymptomen is echter onafhankelijk van het effect op de depressie: ook niet-depressieve patiënten reageren op de medicatie (Van Balkom e.a. 1990).

De effectiviteit van clomipramine is het grootst, gevolgd door fluoxetine en fluvoxamine (Van Balkom e.a. 1994). Het lijkt daarom aan te bevelen om een behandeling met clomipramine te starten. Wanneer (relatieve) contra-indicaties bestaan voor behandeling met dit tricyclische middel, zoals hart- en vaatziekten, kan beter met een van de SSRI's gestart worden. Voorspellende variabelen voor het succes van de behandeling met antidepressiva zijn niet bekend. Omdat de relatie tussen plasmaspiegel en therapie-effect tot op heden onopgehelderd is, hebben bloedspiegelbepalingen geen zin. Het niet reageren op een van de middelen zegt niets over de te verwachten reactie op de overige antidepressiva. Wanneer een patiënt niet reageert op clomipramine, kan daarna dus nog fluoxetine en eventueel nog fluvoxamine geprobeerd worden (Jenike 1990).

Over de behandeling op lange termijn bestaan weinig gegevens. Bij een aantal patiënten kan de dosering van antidepressiva verlaagd worden, terwijl het effect behouden blijft. Uit een onderzoek naar de gevolgen van het staken van clomipramine bleek dat van de 18 patiënten er 16 terugvielen (Pato e.a. 1988). Overigens geldt dat na terugval bij opnieuw instellen op de medicatie het effect opnieuw optreedt.

*Combinatiebehandeling* - Omdat het effect van antidepressiva bij OCS beperkt is, is onderzocht of de effectiviteit te vergroten is door de medicatie te combineren met gedragstherapie. De combinatie met cognitieve therapie is tot op heden niet onderzocht. De effectiviteit van clomipramine (Marks e.a. 1980; Marks e.a. 1988) en fluvoxamine (Cottraux e.a. 1990) bleek inderdaad groter te zijn door een combinatie van een exposure in vivo met responspreventieprogramma. De patiënten die met de combinatie behandeld werden, verbeterden sneller dan de patiënten die een behandeling kregen van óf medicatie óf gedragstherapie alleen. Op de lange termijn zijn de patiënten met een combinatiebehandeling er echter niet beter aan toe dan met exposure in vivo alleen. Het staken van de antidepressiva na een combinatiebehandeling geeft geen terugval (Cottraux e.a. 1993; O'Sullivan e.a. 1991).

*Medicatie, cognitieve of gedragstherapie?* - Er is geen onderzoek verricht naar factoren die voorspellen wat de optimale behandeling voor een bepaalde patiënt is. Van tevoren is dus niet duidelijk of een patiënt het best behandeld kan worden met gedragstherapie, cognitieve therapie, antidepressiva of een combinatie. In verband met het ontbreken van systematische evaluaties van andere therapieën verdient het sterke aanbeveling bij OCS voor een van deze behandelvormen te kiezen.

Een belangrijk element bij de keuze tussen de therapieën is de relatieve effectiviteit. Aangezien het effect van antidepressiva vrijwel nog niet in één design vergeleken is met het effect van cognitieve of gedragstherapie of met de combinatie, is een uitspraak over relatieve effectiviteit alleen mogelijk met behulp van kwantitatief literatuuronderzoek, de 'meta-analyse' (Glass 1976). Recent werd een dergelijke meta-analyse uitgevoerd door Van Balkom e.a. (1994). Uit een vergelijking van de effectiviteit van de serotonerge antidepressiva met gedragstherapie bleek dat gedragstherapie superieur was wanneer de resultaten gemeten werden op zelfrapportagelijsten. De combinatie van beide behandelingen was vrijwel even effectief als gedragstherapie alleen, en tendeerde superieur te zijn aan antidepressiva alleen. Op beoordelaarslijsten kon echter geen verschil worden aangetoond tussen de drie behandelingen. Deze resultaten geven aan dat met gedragstherapie grotere effecten behaald kunnen worden dan met medicatie, en dat combinatiebehandeling weinig aan de effectiviteit van gedragstherapie alleen toevoegt.

Bij de keuze van een van de genoemde behandelingen spelen ook andere factoren een rol, zoals het beschikbaar zijn van een behandelaar of de aanwezigheid van expertise. Ook de voorkeur van de patiënt voor een van deze behandelingen is van belang bij de keuze ervan. Hierbij moet worden opgemerkt dat de empirische steun voor de veronderstelling dat de voorkeur van de patiënt voor een behandeling van invloed is op het te verwachten resultaat, niet ondubbelzinnig is (Van Dyck 1986). Wanneer een patiënt in het verleden niet op een bepaalde behandeling heeft gereageerd, zal vaak een andersoortige behandeling worden gekozen. In de praktijk lijkt vaker een behandelpakket te worden gekozen dat bestaat uit een combinatie van psychofarmaca en cognitieve/gedragstherapie wanneer de symptomatologie van de patiënt ernstiger is, wanneer er sprake is van meerdere angststoornissen tegelijk of van het te zamen vóórkomen van angst- en stemmingsstoornissen. De zin van combinatiebehandelingen in dergelijke gevallen is echter niet systematisch geëvalueerd.



## Besluit

De toegenomen belangstelling voor OCS in de afgelopen decennia heeft geresulteerd in een aantal veranderde inzichten omtrent dit ziektebeeld. Epidemiologisch onderzoek heeft aangetoond dat OCS geen zeldzame aandoening is, zoals voorheen werd gedacht. Alhoewel de oorzaken van OCS voor een groot deel onopgehelderd zijn gebleven, zijn er meerdere effectieve behandelmethoden ontwikkeld: gedragstherapie, cognitieve therapie en een medicamenteuze behandeling met antidepressiva. De effecten van de eerste twee behandelingen zijn groter dan die van medicatie, terwijl weinig terugval wordt gerapporteerd. Aangezien 30% van de patiënten echter niet verbetert met gedrags- en cognitieve therapie, verdienen de antidepressiva een vaste plaats in het behandelarsenaal.

## Literatuur

**Balkom, A.J.L.M. van, P. van Oppen, A.W.A. Vermeulen e.a. (1994), A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.**

DiNardo, P.A., G.T. O'Brien, D.H. Barlow e.a. (1983), Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1075.

Emmelkamp, P.M.G. (1982), *Phobic and obsessive-compulsive disorders: theory, research, and practice*. Plenum Press, New York.

Goodman, W.K., L.H. Price, S.A. Rasmussen e.a. (1989b), The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I: development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Hollander, E. (red.) (1993), *Obsessive-compulsive related disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC.

Hoogduin, C.A.L. (1986), *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Jenike, M.A., L. Baer en W.E. Minichiello (red.) (1992), *Obsessive-compulsive disorders: Theory and management*. Year Book Medical, Chicago.

Marks, I.M. (1987), *Fears, phobias and rituals*. Oxford University Press, Oxford NY.

Oppen, P. van, E. de Haan, A.J.L.M. van Balkom e.a. (1995), Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, in druk.

Stein, D.J., E. Hollander en A.E. Skodol (1993), Anxiety disorders and personality disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, 7, 87-104.

Vermeulen, A.W.A., A.T.F. Beekman, M.L. Stek e.a. (1994), De prevalentie van angststoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 657-668.

Zohar, J., T. Insel en S. Rasmussen (red.) (1991), *The psychobiology of obsessive-compulsive disorder*. Springer, New York.

Een volledige literatuurlijst is op aanvraag bij de eerste auteur verkrijgbaar.

**Summary: Diagnostic and treatment of obsessive compulsive disorder**

**In this review diagnosis, epidemiology, etiology, assessment and treatments of obsessive compulsive disorder (OCD) are discussed. OCD is diagnosed on the basis of a psychiatric interview. OCD can be reliably diagnosed with ADIS, a structured interview for anxiety disorders. The life-time prevalence rate of this chronic disorder is 2.4%. Research on etiological factors has yielded conflicting findings, but treatment of OCD can be successful with serotonergic antidepressants, behavior and cognitive therapy. The treatment effect of cognitive-behavioral therapy is larger than of antidepressants. The combination of antidepressants with behavior therapy treatment does not enlarge the efficacy of behavior therapy alone.**

De auteurs zijn respectievelijk als psychiater, universitair docent, en als geestelijk-gezondheidkundige, universitair docent, verbonden aan de vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam/Psychiatrisch Centrum Amsterdam, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-8-1995.