

# Intensieve exposure bij obsessieve-compulsieve stoornis op oudere leeftijd\*

M.G. Guineau, R.C. Oude Voshaar, G.-J. Hendriks

**Samenvatting** Het ontbreken van behandelstudies voor obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) bij ouderen en het feit dat OCS vaak op jonge leeftijd ontstaat en een chronisch beloop heeft, leidt snel tot onderbehandeling bij ouderen met OCS. Wij beschrijven een 72-jarige man met dwangklachten vanaf 35-jarige leeftijd, die enkel medicamenteus en psychotherapeutisch behandeld werd voor een recidiverende depressieve stoornis. Na kortdurende intensieve behandeling met exposure en responspreventie (vier dagen in twee weken) waren zowel de OCS als de depressieve symptomen volledig in remissie en werden alle psychofarmaca (venlafaxine, olanzapine en valproïnezuur) afgebouwd. Patiënt was na 1,5 jaar follow-up nog steeds in remissie. Deze casusbeschrijving toont aan dat een comorbide depressieve stoornis kan leiden tot onderbehandeling van OCS én dat een jarenlang bestaande OCS bij ouderen succesvol behandeld kan worden.

Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een ernstige aandoening die vaak ontstaat op jonge leeftijd en leidt tot een verminderde kwaliteit van leven, lichamelijk welzijn, sociaal functioneren en verhoogd mortaliteitsrisico.<sup>1</sup> OCS gaat vaak gepaard met comorbide depressieve symptomen (70%) of een comorbide depressieve stoornis (40%).<sup>2</sup> Hierdoor wordt de OCS regelmatig niet herkend. Ook wordt op basis van de richtlijnen voor angst- en stemmingsstoornissen regelmatig gekozen om eerst de depressieve stoornis te behandelen.<sup>3</sup> Deze onderbehandeling van OCS kan leiden tot chroniciteit van de klachten, een toename van suïcidale gedachten en terugval.<sup>4</sup>

De meest onderzochte en succesvolle behandeling voor volwassenen (18-65 jaar) met OCS is cognitieve gedragstherapie (CGT). De CGT bestaat uit exposure in vivo (blootstelling aan de gevreesde situatie of het gevreesde object), gecombineerd met responspreventie (de patiënt wordt ondersteund om weerstand te bieden tegen de dwang; ERP).<sup>5</sup> Deze behandeling wordt wekelijks aangeboden en leidt bij circa 50 tot 70% van de volwassenen tot klinisch herstel.<sup>6</sup> Desondanks profiteert 30 tot 50% onvoldoende van wekelijkse CGT.<sup>6</sup>

Een interessante alternatieve CGT-behandeling is de intensieve ERP-behandeling voor hardnekkige, therapieresistente angst- en dwangstoornissen die binnen ons expertisecentrum standaard wordt aangeboden. Bij deze behandeling hebben patiënten meerdere sessies ERP binnen een tot twee weken, in plaats van wekelijkse sessies gedurende meerdere maanden. Bij volwassenen leidt deze behandeling tot sneller resultaat en kan stagnatie in eerdere behandelingen doorbreken.<sup>7</sup> Hierdoor wordt er sneller een verbetering in het functioneren en de kwaliteit van leven bereikt. Deze intensieve program-

ma's zijn effectief gebleken voor zowel angststoornissen en posttraumatische stressstoornis (PTSS) als OCS.<sup>7-9</sup> Er is echter geen onderzoek gedaan naar wekelijkse en intensieve CGT bij ouderen met OCS.<sup>10</sup> Mogelijk worden intensieve behandelprogramma's niet snel ingezet omdat therapeuten geneigd zijn zich minder confronterend op te stellen tegenover ouderen.<sup>11</sup> Er wordt regelmatig verondersteld dat een (intensieve) exposure-behandeling te belastend zou zijn vanwege de hogere leeftijd. Daarentegen is er bij ouderen met OCS vaak een chronisch, langdurig ziektebeloop en hebben ouderen vaak al meerdere behandelingen doorlopen. Een intensieve ERP-behandeling is dan juist een passende behandeling om het chronische beloop te doorbreken. Wij beschrijven een casus om te illustreren dat een comorbide depressieve stoornis kan leiden tot onderbehandeling van OCS en dat bij ouderen een jarenlang bestaande OCS succesvol behandeld kan worden met kortdurende, intensieve ERP. De casus betreft een 72-jarige man met chronische, recidiverende depressie en obsessieve-compulsieve klachten die nooit specifiek voor de OCS werd behandeld in de afgelopen 25 jaar. Deze beschrijving is een korte samenvatting van een eerdere, uitgebreidere publicatie.<sup>12</sup>

## CASUSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 72-jarige man, werd op eigen verzoek naar de polikliniek verwezen voor een second opinion in verband met een stagnerende behandeling sinds meer dan twee jaar. Patiënt meldde zich aan voor een second opinion omdat hij vond dat de behandeling onvoldoende gericht werd op zijn primair op angst gerichte hulpvraag.

## AUTEURS

**Melissa Guineau**, promovendus, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

**Richard Oude Voshaar**, hoogleraar Ouderenpsychiatrie, afd. Psychiatrie, UMC Groningen.

**Gert-Jan Hendriks**, bijzonder hoogleraar Behandeling van angststoornissen en depressie bij ouderen, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen; Expertisecentrum 'Overwaal' voor Angst-, Dwangstoornissen & PTSS, Pro Persona, Nijmegen.

## Correspondentie

Melissa Guineau (melissa.guineau@ru.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-11-2023.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(3):168-171

Patiënt had angst- en dwangklachten: de klachten bestonden uit controleren van huishoudelijke apparaten, ramen en deuren en het vermijden van zelfstandige deelname aan het verkeer te voet, met de fiets of met de auto. De obsessies hadden betrekking op de angst dat anderen door zijn toedoen schade zouden oplopen. In het verleden was bij patiënt daarnaast een bipolaire II-stoornis gediagnosticeerd nadat hij tweemaal (hypo)maan ontregeld was na instellen op een antidepressivum. Na het staken van deze medicatie namen de klachten abrupt af. Patiënt herkende zichzelf niet in deze diagnose.

De dwangklachten waren sinds 35-jarige leeftijd aanwezig. Patiënt had redelijk kunnen functioneren met een vermijdende copingstijl (sinds 26 jaar had hij geen auto meer gereden), doordat zijn echtgenote veel taken overnam. Daarnaast kampte hij sinds 35-jarige leeftijd met recidiverende depressieve klachten. Wanneer angst- en dwangklachten toenamen, namen ook de depressieve klachten toe. Als voorbeeld noemde patiënt dat zijn wereld steeds kleiner werd als gevolg van vermijdingsgedrag en dat dit zijn stemming negatief beïnvloedde. Zo was hij gestopt met activiteiten die hem eerder veel plezier gaven en was hij ontevreden met zijn kwaliteit van leven.

## Behandelgeschiedenis

De behandelvoorgeschiedenis startte in 1996, circa 13 jaar na het ontstaan van klachten. Hoewel patiënt elke keer zijn obsessieve klachten beschreef, werd dit beschouwd als een niet op zichzelf staande stoornis. De behandeling werd daarom voornamelijk gericht op de recidiverende depressieve stoornis en bestond uit een combinatie van antidepressieve medicatie, psychotherapie, creatieve therapie, *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) voor zijn angstgerelateerde symptomen en CGT, waaronder enkele elementen van ERP. Tussen 1998 en 2018 was er 3 keer een terugval, met opnieuw behandeling binnen de specialistische ggz. In 2018 was de terugval zo sterk dat er twee klinische

behandelingen volgden en aansluitend dagbehandeling. Gedurende de klinische behandeling werd een eerste CGT/ERP-georiënteerde behandeling aangeboden, waarbij aan enkele compulsies aandacht werd besteed. Deze behandeling bestond echter slechts voor een klein deel uit CGT/ERP (o.a. oefenen met fietsen en deuren op slot draaien) en werd secundair aan de depressiebehandeling gedaan. Tijdens deze behandeling bleven alternatieve obsessies terugkomen.

Op het moment van aanmelding gebruikte patiënt de volgende medicatie: venlafaxine XR 75 mg 1 dd 1 en 37,5 mg 1 dd 1, olanzapine 5 mg 1 dd 1, valproïnezuur (Depakine) 500 mg 2 dd 1.

## Diagnostiek

Met *Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview* (M.I.N.I.-5-NL), een semigestructureerd klinisch interview met goede psychometrische eigenschappen, werd OCS geclassificeerd.<sup>13</sup> Er waren geen aanwijzingen voor beperkingen in cognitieve functies. In overleg met de patiënt werd de behandeling gericht op zijn primaire hulpvraag, namelijk de angst- en dwangklachten. Vanwege het chronische, langdurig ziektebeloop van meer dan 25 jaar en het geringe effect van de recentste klinische behandeling werd in samenspraak gekozen voor kortdurende, intensieve ERP-behandeling.

## Metingen

Voor de behandeling, na 4 dagen (tussenmeting), bij afsluiting van de behandeling en 3, 6, 12 en 18 maanden na afsluiting van de behandeling werd de ernst van de OCS-klachten vastgesteld met de *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS).<sup>14</sup> De Y-BOCS is een semigestructureerd interview met goede psychometrische eigenschappen, gericht op dwangsymptomen. Bij aanvang van de behandeling scoorde patiënt 31, wat duidt op een hoge mate van dwangklachten.

Als onderdeel van *routine outcome monitoring* (ROM) werden daarnaast ook de *Inventory for Depressive Symptomatology Self Report* (IDS-SR) en de *Outcome*

Questionnaire (OQ-45) afgenomen bij start van de behandeling (startmeting), na 4 dagen (tussenmeting) en bij afsluiting.<sup>15,16</sup> Met de IDS-SR kan men de ernst van depressieve symptomen in de afgelopen zeven dagen beoordelen. Bij aanvang van de behandeling was de score 57, wat duidt op zeer ernstige depressieve symptomen. De OQ-45 is een zelfrapportagevragenlijst naar psychische problemen en het functioneren in het dagelijks leven. Bij aanvang van de behandeling was de score 111, wat aangeeft dat patiënt in hoge mate klachten ervaarde in zijn dagelijks leven.

## Interventie

De intensieve ERP bestond uit vier volle dagen met aansluitend vier wekelijkse boostersessies van 90 minuten. Patiënt werd individueel behandeld door een team van therapeuten conform het therapeut-rotatiemodel.<sup>17</sup> De exposures zijn ontworpen om de verwachting tussen een gebeurtenis (CS) en een aversieve, gevreesde uitkomst (US), te disconfirmeren (verwachtingsdisconfirmatie) en aangepast aan de specifieke obsessies, compulsies en vermijdingsgedragingen van de betreffende patiënt. Er zal hierdoor een nieuwe associatie ontstaan tussen de oorspronkelijke CS en een veilige uitkomst. Hierdoor wordt duidelijk dat de CS de gevreesde uitkomst (US) niet langer voorspelt. Dit heeft een belangrijke, centrale plaats in het inhibitorleermodel, waar de nieuwe associatie (CS – veilige uitkomst) door herhaling steeds sterker zal worden, en de oorspronkelijke, gevreesde associatie geïnhibeerd zal worden. Een uitgebreide beschrijving geven Craske e.a.<sup>18</sup>

De partner van de patiënt werd ook betrokken bij de behandeling. Zij kreeg uitleg hoe zij het beste kon reageren en handelen bij de dwangklachten. Op de intensieve dagen werd gestart met het vaststellen van het exposureplan voor die dag en het evalueren van de ERP van de vorige dag. Daarna volgden elke dag drie exposure sessies van 90 minuten. Deze sessies werden begeleid uitgevoerd in de context waarin de patiënt de meeste hinder ervaarde van dwang en vermijding. In het geval van patiënt was dit in zijn woning en woonplaats. Daarnaast kreeg patiënt instructies voor het zelfstandig uitvoeren van de ERP.

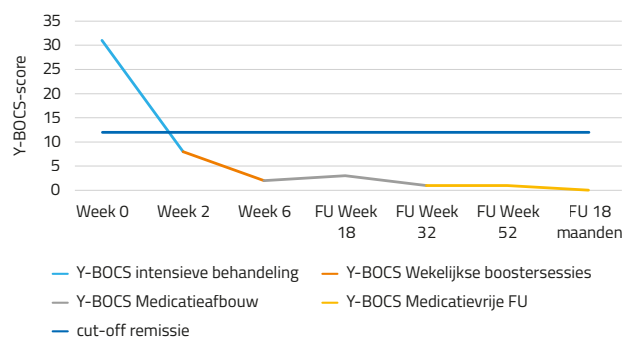
## Behandelbeloop

Na vier dagen ERP waren de angst-, dwang- en depressieve klachten sterk verminderd en was er sprake van volledige remissie.<sup>19</sup> De patiënt had zijn vermijding en veiligheidsgedrag in grote mate kunnen afbouwen. Hij controleerde niet meer, fietste weer en ondernam veel meer. Zes weken later, bij afsluiting, waren de klachten verder verminderd. De score op de Y-BOCS was 2, een verbetering van 94% en onder de afkapwaarde van 12 voor remissie. De IDS-SR-score was 1, een afname van 98%, wat duidt op een normale, niet-depressieve score. De OQ-45-score was 30. Dit wijst op een sterke afname van de lijdensdruk en een verbeterd algemeen functioneren ( $\leq 55$  wordt beschouwd als normaal).<sup>20</sup>

## Follow-up

Conform de wens van patiënt en het ontbreken van therapeutisch effect van de medicatie werd deze afgebouwd. Drie maanden na afronding van de behandeling was patiënt medicatievrij. Ook na 6, 12 en 18 maanden was de patiënt nog steeds in remissie en vrij van medicatie; zie **figuur 1**.

**Figuur 1. Klachtenbeloop gedurende de intensieve dwangbehandeling gemeten vanaf de aanvang van de behandeling tot een follow-up na 1,5 jaar**



De figuur toont aan dat de patiënt na de eerste vier dagen (verspreid over 2 weken) intensieve exposure in remissie was.

## BESPREKING

Uit onze casus komt naar voren dat met een ultrakorte, intensieve ERP-behandeling een sterke verbetering bereikt kan worden op zowel de primaire angst- en dwangklachten als op de comorbide depressieve klachten bij een oudere patiënt met een langdurig ziektebeloop. In deze casus beschrijven wij de eerste oudere volwassene die een intensieve ERP-behandeling heeft ondergaan binnen onze instelling. Deze casus laat zien dat kortdurende, intensieve ERP bij ouderen met chronische OCS leidt tot een snel behandelresultaat. Dit sluit aan bij eerdere resultaten van onderzoek naar intensieve behandelprogramma's.<sup>7-9</sup>

Daarnaast illustreert deze beschrijving hoe belangrijk het is om de hulpvraag van de patiënt in acht te nemen en er niet standaard vanuit te gaan dat een depressieve stoornis primair behandeld dient te worden. De verwachting is dat ook bij andere patiënten de intensieve ERP gericht op OCS tevens een effect kan hebben op de depressieve symptomen. Toekomstig onderzoek zal dit definitief kunnen uitwijzen. Eerder onderzoek heeft laten zien dat de aanwezigheid van een depressieve stoornis een gerichte behandeling voor angst- en dwangstoornissen niet in de weg staat.<sup>21</sup>

Daarnaast is deze casusbeschrijving een boodschap in het doorbreken van therapeutisch nihilisme bij ouderen met OCS. Zo stellen therapeuten zich regelmatig minder

confronterend op bij ouderen en wordt er vaak onterecht gedacht dat ERP te belastend zou zijn voor ouderen en weinig zin meer zou hebben bij lang bestaande klachten.<sup>11</sup> Daarnaast heerst de opvatting onder vele therapeuten en verwijzers (onder anderen huisartsen) dat *evidence-based* psychologische behandelingen niet geschikt zouden zijn voor ouderen.<sup>11,22</sup> Ouderen worden hierdoor vaak langdurig en laagfrequent behandeld, wat chroniciteit in de hand werkt. Ook hebben ouderen in vergelijking met 18-65-jarigen, een 2-3 maal groter risico om niet verwezen te worden voor een eerste gerichte behandeling.<sup>23,24</sup>

## CONCLUSIE

Deze casus laat zien dat er geen redenen zijn om te veronderstellen dat ouderen onvoldoende profiteren van een intensieve ERP. Oudere leeftijd, comorbiditeit met depressie en een langdurig beloop zijn a priori geen belemmering voor een gerichte ERP-behandeling bij OCS. Ondanks de positieve effecten van de intensieve ERP-behandeling is deze casusbeschrijving beperkt te generaliseren naar de gehele populatie van oudere volwassenen. Het is daarom aan te bevelen om de effecten van kortdurende, intensieve ERP in een grotere groep ouderen met angst- en dwangstoornissen te onderzoeken. Daarnaast is het van belang om bij de keuze voor een intensieve behandeling een afweging te maken op basis van behandelgeschiedenis, casusconceptualisatie en multidisciplinair overleg. Ook is het van belang dat hulpverleners voldoende geschoold worden in de intensieve behandeling.

## NOOT

\* Dit artikel is gebaseerd op een eerdere, uitgebreidere publicatie: Guineau MG, Oude Voshaar RC, Hendriks G-J. High intensive exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder for a 72-year-old man. *Clin Case Stud* 2023; 15346501231209334.

## LITERATUUR

- Porensky EK, Dew MA, Karp JF, e.a. The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 473.
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, e.a. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 53-63.
- Schoevers RA, Van HL, Koppelmans V, e.a. Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs* 2008; 68: 1621-34.
- Bartels SJ, Coakley E, Oxman TE, e.a. Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 417-27.
- McGuire JF, Piacentini J, Lewin AB, e.a. A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depress Anxiety* 2015; 32: 580-93.
- Kathmann N, Jacobi T, Elsner B, e.a. Effectiveness of individual cognitive-behavioral therapy and predictors of outcome in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 2022; 91: 123-35.
- Pittig A, Heinig I, Goerigk S, e.a. Efficacy of temporally intensified exposure for anxiety disorders: A multicenter randomized clinical trial. *Depress Anxiety* 2021; 38: 1169-81.
- Hendriks L, Kleine RA de, Broekman TG, e.a. Intensive prolonged exposure therapy for chronic PTSD patients following multiple trauma and multiple treatment attempts. *Eur J Psychotraumatol* 2018; 9: 1425574.
- Hansen B, Kvale G, Hagen K, e.a. The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cogn Behav Ther* 2019; 48: 89-105.
- Hendriks G-J, van Zelst WH, van Balkom AJ, e.a. Cognitive behavioural therapy and third wave approaches for anxiety and related disorders in older people (protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 1: CD007674.
- Boschann A, Krähnke U, Wiegand-Grefe S, e.a. How young psychotherapists experience working with older patients. *J Couns Psychol* 2022; 69: 518-30.
- Guineau MG, Oude Voshaar RC, Hendriks G-J. High intensive exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder for a 72-year-old man. *Clin Case Stud* 2023; 15346501231209334.
- Overbeek T, Schruers K, Griez E. MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview, Nederlandse versie 5.0.0 (DSM-IV). Maastricht: Universiteit van Maastricht; 1999.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, e.a. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
- Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, e.a. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1986; 26: 477-86.
- Lambert MJ, Smart DW, Campbell MP, e.a. Psychotherapy outcome, as measured by the OQ-45, in African American, Asian/Pacific islander, Latino/a, and Native American clients compared with matched Caucasian clients. *J College Stud Psychother* 2006; 20: 17-29.
- Van Minnen A, Hendriks L, Kleine R, e.a. Therapist rotation: a novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol* 2018; 9: 1492836.
- Craske MG, Treanor M, Zbozinek TD, e.a. Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach and the OptEx Nexus. *Behav Res Ther* 2022; 152: 104069.
- Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1543-58.
- de Jong K, Nugter MA, Polak MG, e.a. The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14: 288-301.
- Klein Breteler J, Ikani N, Becker ES, e.a. Comorbid depression and treatment of anxiety disorders, OCD, and PTSD: Diagnosis versus severity. *J Affect Disord* 2021; 295: 1005-11.
- Kessler EM, Blachetta C. Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging Ment Health* 2020; 24: 193-6.
- Mackenzie CS, Reynolds K, Cairney J, e.a. Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety* 2012; 29: 234-42.
- Pettit S, Qureshi A, Lee W, e.a. Variation in referral and access to new psychological therapy services by age: an empirical quantitative study. *Br J Gen Pract* 2017; 67: e453-9.