

Angststoornissen

Dwangstoornis (obsessief-compulsieve stoornis)

Informatie voor patiënten

Herman (42) heeft al meer dan tien jaar een eigen kapperszaak. Hij is een hartelijke man met veel geduld. Op het voetbalveld, als hij met zijn favoriete sport bezig is, vecht hij fanatiek voor de overwinning. In de loop der jaren hebben veel tegenstanders het tegen hem moeten afleggen. Vier jaar geleden moest Herman door een knieblesure stoppen met voetballen. Sindsdien is hij geleidelijk minder opgewekt geworden. Tegen zijn werk lijkt hij steeds meer op te zien. Zo ontspannen als hij vroeger was, zo verkrampd is hij nu vaak. Hij kijkt zijn klanten nauwelijks nog aan en belt ze ook steeds vaker op om afspraken te verzetten. Na maandenlang ontwijken en ontkennen vertelt Herman zijn zus uiteindelijk wat er aan de hand is: hij is bang dat hij zijn klanten ziek zal maken. Hij vertelt dat hij onder het knippen van een klant soms plotsklaps de gedachte krijgt: "ik bezorg jou kanker". Alsof hij met de kracht van zijn gedachten iemand ziek zou kunnen maken! Deze gedachten komen onverwachts, zonder enige aanleiding, bij hem op. Na het vertrek van de klant schrobt Herman al zijn kammen, mesjes en scharen grondig schoon. Ondertussen probeert hij enkel 'goede' gedachten te hebben. Maar die vreselijke gedachten raakt hij maar niet kwijt. Langzamerhand is Herman ten einde raad. Hermans zus dringt aan op een bezoek aan de huisarts. Deze verwijst hem naar een psycholoog, waar hij (door middel van cognitieve gedragstherapie) leert meer controle te krijgen over zijn dwangstoornis en zijn gevoelens te uiten, vooral boosheid en frustratie. Hij traint nu elftallen van zijn oude voetbalclub. Daar kan hij heel wat spanning in kwijt. Zijn stemming is geleidelijk verbeterd en hij heeft minder vaak dwanggedachten. Zijn werk doet hij weer met plezier, zonder door angst te verkrampen.

Wat is een dwangstoornis?

De dwangstoornis wordt tegenwoordig vaak aangeduid met de benaming obsessief-compulsieve stoornis. Daaruit wordt duidelijk dat dwang bestaat uit twee componenten: (a) steeds terugkerende gedachten, beelden of impulsen die als ongewenst worden ervaren, angstwekkend zijn en buiten de wil optreden (de obsessies) en (b) handelingen of gedachten (dit zijn dus geruststellende gedachten) die bedoeld zijn om de (door de obsessies) opgeroepen angst en onlust ongedaan te maken (de compulsies). Deze handelingen of gedachten worden meestal herhaald en nemen vaak de vorm aan van rituelen. Ze vergen doorgaans veel tijd en de patiënt heeft de ervaring dat hij ze niet achterwege kan laten: hij voelt zich gedwongen om ze uit te voeren. Wordt

hij hierin gehinderd of gestoord dan treden heftige onlustgevoelens op. Voorbeelden zijn poets- en wasdwang (vaak in combinatie met smetvrees), precisie- en controledwang, teldwang, etc. Vaak ook vraagt de patiënt dwangmatig geruststelling aan mensen in zijn omgeving. Of iemand lijdt aan een dwangstoornis moet worden vastgesteld door een terzake kundige psycholoog of arts. Die zal een obsessief-compulsieve stoornis diagnosticeren als van de hier beschreven verschijnselen sprake is en als de patiënt zich gedwongen voelt een onevenredig groot gedeelte van zijn tijd en energie per dag aan zijn dwang te besteden.

De behandeling van een dwangstoornis

Wanneer er naast de dwangstoornis niet tevens een ernstige depressie bestaat zal overleg tussen patiënt en behandelaar moeten uitmaken of in eerste instantie voor medicatie dan wel voor een psychologische behandeling wordt gekozen. Wat de psychologische behandeling van de dwangstoornis betreft adviseert men een behandeling met cognitieve gedragstherapie. Als de patiënt naast zijn dwangstoornis tevens een ernstige depressie heeft, verdient het de voorkeur om eerst medicatie voor te schrijven. Men adviseert verder dat bij onvoldoende resultaat van een van beide behandelvormen na maximaal 30 weken moet worden overgestapt op een combinatie-behandeling van cognitieve gedragstherapie en medicatie.

Wat is cognitieve gedragstherapie?

Cognitieve gedragstherapie is één van de verschillende stromingen binnen de psychotherapie. Zij grijpt in op zowel het gedrag als op het denken van patiënten, werkt dikwijls met huiswerkopdrachten en kent over het algemeen een gestructureerde aanpak. Voor veel emotionele stoornissen zijn specifieke cognitief gedragstherapeutische procedures ontwikkeld. Die bestaan ook voor de dwangstoornis.

Hoe gaat cognitieve gedragstherapie bij dwangstoornis?

Cognitieve gedragstherapie bij dwang bestaat uit een aantal stappen. De kern daarvan wordt gevormd door blootstelling aan angstverwekkende situaties of gedachten waarbij tegelijkertijd het uitvoeren van de dwanghandeling wordt voorkomen (responspreventie). De cognitieve behandeling sluit daarbij aan omdat die helpt om de angst te verminderen die het gevolg is van onrealistische en overdreven gedachten over risico's en gevaren of over eigen verantwoordelijkheid.

Eerste stap: uitleg en realistische informatie

Er wordt besproken hoe het uitvoeren van dwanghandelingen de angst voor een bepaalde situatie in stand houdt en waarom het van belang is deze situatie juist op te zoeken zonder de dwanghandelingen uit te voeren. Ook wordt besproken in hoeverre de situatie die aanleiding vormt tot de dwanghandelingen werkelijk zodanig bedreigend of onplezierig is dat deze dwanghandelingen moeten worden verricht. Meestal weet de patiënt zelf wel dat dit niet het geval is. Soms ligt dat wat ingewikkelder. Er zijn nu eenmaal mensen die met HIV besmet raken en er branden ieder jaar huizen af omdat iemand onvoorzichtig is omgesprongen met het gasfornuis of met elektrische apparaten.

Tweede stap: de angstladder

De tweede stap is de angstladder, ook wel angsthiërarchie genoemd. Samen met de patiënt wordt een overzicht gemaakt van de angstverwekkende gedachten (obsessies) van de patiënt en van zijn dwanghandelingen (compulsies). De situaties waarin die zich voordoen worden naar oplopende moeilijkheidsgraad in een rangorde gezet.

Derde stap: afspraken over en uitvoeren van 'blootstelling' en 'responspreventie'

Vervolgens worden met de patiënt afspraken gemaakt om stelselmatig de situaties uit de angstladder te gaan opzoeken, terwijl hij zijn dwanghandelingen achterwege laat: eerst de relatief gemakkelijke situaties, daarna de moeilijke. De patiënt moet immers vertrouwd raken met de situaties waar hij bang voor is. Daartoe moet hij in de gevreesde situaties blijven en zijn angst en onlust leren verdragen totdat deze voldoende zijn afgenomen, zonder daarbij zijn dwanghandelingen uit te voeren. Zo zal bijvoorbeeld iemand met smetvrees een deurknop of trapleuning met opzet aanraken ('blootstelling') zonder daarna zijn handen te wassen ('responspreventie').

Als het nog te moeilijk is om de dwanghandelingen helemaal achterwege te laten wordt soms ook wel afgesproken dat deze nog in beperkte mate mogen worden uitgevoerd, maar dan alleen op een bepaalde tijd of plaats. Dit wordt dan ook weer stapsgewijs afgebouwd. Zo wordt een patiënt geleerd onlust te verdragen en stapsgewijs controle te krijgen over zijn dwanghandelingen. Er wordt tijdens deze derde stap heel veel thuis geoefend door de patiënt zelf, buiten de afspraken met de therapeut om.

Vierde stap: nabespreken en nieuwe afspraken over blootstelling

De huiswerk oefeningen worden telkens met de therapeut nabesproken. Aansluitend worden nieuwe afspraken gemaakt over de volgende stap op de angstladder en het verder afbouwen van dwanggedrag. Dit wordt net zo lang voortgezet totdat de dwang voldoende onder controle is gebracht.

Vijfde stap: 'anders denken'

Deze vijfde stap wordt volgens de Richtlijn pas ingezet als de eerste vier stappen onvoldoende resultaat hebben opgeleverd. In feite gaat het hier om een uitbreiding van stap 1. Kennelijk is de patiënt nog onvoldoende (gevoelsmatig) overtuigd van het onrealistische en overdreven karakter van zijn obsessies. In dat geval wordt in stap vijf nader ingegaan op deze 'disfunctionele denkwijzen'. De patiënt leert tijdens deze stap zijn interpretaties te onderkennen en vervolgens te registreren, uit te dagen en te vervangen door meer rationele en functionele interpretaties. Thema's die daarbij aan de orde komen zijn de neiging van veel patiënten met een dwangstoornis om rampen, risico's en gevaren te overschatten, het overschatten van de eigen verantwoordelijkheid en hun overmatige behoefte aan zekerheid, perfectie en controle.

Hoe lang duurt een cognitieve gedragstherapie bij dwangstoornis en wat zijn de effecten?

Doorgaans kan met 10-20 wekelijkse zittingen cognitieve gedragstherapie een goed resultaat worden bereikt (stap 1 t/m 4). Wordt ook stap 5 toegevoegd dan wordt doorgegaan tot in totaal maximaal 30 zittingen. Voorwaarde is daarbij wel dat de patiënt ook huiswerk oefeningen doet. Ongeveer driekwart van de patiënten heeft baat bij de behandeling. Is het resultaat na maximaal 30 weken onvoldoende dan moet volgens de Richtlijn een combinatiebehandeling met medicatie worden overwogen.