

Metacognitieve therapie voor de obsessieve-compulsieve stoornis

Theorie, behandeling en implicaties voor
de praktijk

KIM MELCHIOR & COLIN VAN DER HEIDEN

Samenvatting

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een veelvoorkomende en invaliderende stoornis. Cognitieve gedragstherapie (CGT) in de vorm van exposure met responspreventie (ERP) is de psychologische behandeling van eerste voorkeur. Ondanks de aangetoonde werkzaamheid van ERP is verbetering van de effectiviteit gewenst, gezien het relatief bescheiden percentage patiënten dat na een ERP-behandeling daadwerkelijk hersteld is van zijn klachten (rond de 60%). Verbetering van het behandel-effect van CGT voor OCS kan mogelijk bereikt worden door de therapeutische interventies te baseren op een stoornisspecifiek theoretisch model. Een recent ontwikkeld theoretisch model voor OCS is het metacognitieve model. Het stelt dat niet de dwangklachten zelf het belangrijkste probleem zijn, maar de opvattingen die de patiënt heeft over zijn dwanggedachten en -handelingen, de 'metacognities' genoemd (Wells, 1997, 2009). De op dit model gebaseerde metacognitieve therapie (MCT) richt zich dan ook niet op de dwangklachten zelf, maar op de opvattingen die de patiënt heeft over zijn dwangklachten. In dit artikel wordt het metacognitieve model besproken en wordt de daarop gebaseerde MCT geïllustreerd aan de hand van een gevalbeschrijving. Tot nu toe hebben kleinere onderzoeken uitgewezen dat MCT mogelijk een effectieve behandelmethode voor OCS kan zijn.

Trefwoorden: obsessieve-compulsieve stoornis, metacognitieve therapie, gevalbeschrijving

INLEIDING

.....

275

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) wordt gekenmerkt door steeds terugkerende dwanggedachten en/of handelingen. Dwanggedachten (obsessies) worden in de DSM-5 gedefinieerd als ‘recidiverende gedachten, impulsen of voorstellingen die als intrusief en ongewenst worden ervaren’. Dwanghandelingen (compulsies) worden gedefinieerd als ‘repetitieve handelingen of psychische activiteiten waartoe de betrokkene zich gedwongen voelt in reactie op een obsessie’ (American Psychiatric Association, 2014). OCS is een invaliderende en relatief veelvoorkomende stoornis: naar schatting krijgt zo’n 1% tot 2% van de mensen er ooit in zijn leven mee te maken. Zonder adequate behandeling gaat het vaak om een chronische aandoening (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010).

Tot aan de jaren 1960 stond OCS bekend als een moeilijk behandelbare stoornis. Inmiddels kennen we binnen het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader twee vormen van bewezen effectieve behandelingen voor OCS (Skapinakis et al., 2016): exposure met responspreventie (ERP) en cognitieve therapie (CT). In een ERP-behandeling wordt de patiënt met OCS blootgesteld aan angstopwekkende stimuli, met daarbij de instructie zichzelf te weerhouden van het uitvoeren van dwangmatige handelingen (Meyer, 1966). Recent onderzoek suggereert dat het werkingsmechanisme achter deze behandeling die van ‘inhibitie leren’ is: door het uitvoeren van exposure-met-responspreventieopdrachten leert de patiënt nieuwe associaties, namelijk dat hij of zij zulke situaties kan doorstaan en dat de ‘ramp’ die gevreesd wordt niet uitkomt (Craske et al., 2008). CT stelt dat de dwanggedachten en de disfunctionele cognities die hieraan ten grondslag liggen binnen de therapie onderzocht en gecorrigeerd moeten worden. In het oorspronkelijke cognitieve model van Salkovskis (1996) gaat het hierbij om disfunctionele gedachten in het thema ‘overmatige verantwoordelijkheid’. Inmiddels stellen cognitieve modellen dat ook andere disfunctionele overtuigingen OCS in stand houden en dus aangepakt moeten worden binnen een CT, zoals overschatten van gevaar, overmatig belang toekennen aan intrusieve ervaringen, perfectionisme en intolerantie voor onzekerheid (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

ERP is de behandeling van eerste keuze in de *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen* (van Balkom et al., 2013). Hoewel uit meta-analyses blijkt dat er geen verschil in effectiviteit bestaat tussen ERP en CT, zijn de effecten van CT op langere termijn nog onvoldoende onderzocht. Daarom wordt ERP aangemerkt als de psychologische behandeling van eerste keuze voor OCS (Olatunji, Cisler, & Deacon, 2010; Öst, Havnen, Hansen, & Kvale, 2015; Skapinakis et al., 2016). Ondanks deze status is ERP voor OCS echter ook een duidelijk voorbeeld van de discrepantie tussen een statistisch significant gebleken effectieve therapiemethode, en bescheiden klinisch relevante

herstel- en verbeterpercentages. Na het afronden van een ERP-behandeling is ongeveer 60% van de patiënten hersteld van zijn of haar klachten en 25% kan geclassificeerd worden als symptoomvrij (Fisher & Wells, 2005). Hoewel dit geen slechte resultaten zijn, betekent het ook dat 40% minder of geen baat heeft bij deze psychologische behandeling. Daarbij komt nog dat deze cijfers gebaseerd zijn op patiënten die de behandeling afmaken. Aangezien ook een aanzienlijk deel van de patiënten (rond de 30%) een ERP-behandeling weigert of vroegtijdig afhaakt, liggen de werkelijke herstel- en verbeterpercentages mogelijk lager (Clark, 2004). Er is dus behoefte aan behandelingen die leiden tot hogere herstelpercentages en/of minder uitval.

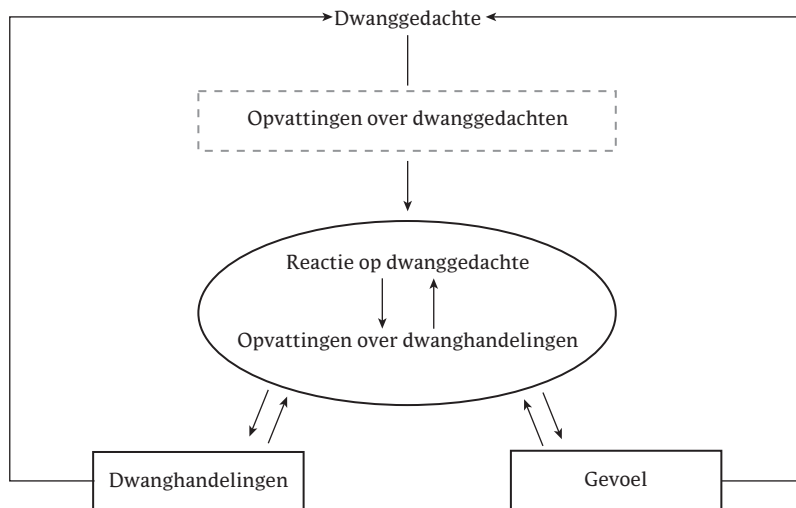
In de afgelopen decennia is er op verschillende manieren gezocht naar mogelijkheden om de behandeling voor OCS te verbeteren. Hierbij wordt aangenomen dat de ontwikkeling van een nieuw en passender stoornisspecifiek model voor OCS zou kunnen helpen om de cognitief-gedragstherapeutische interventies specifiek te richten op de meest centrale ontstaans- en in stand houdende factoren van de stoornis, en daarmee tot verbetering van de therapieresultaten te komen. Een relatief nieuw cognitief model voor OCS is het metacognitieve model, ontwikkeld door Wells (1997, 2000). In dit artikel wordt nader ingegaan op dit model en wordt de daarop gebaseerde metacognitieve therapie (MCT) geïllustreerd aan de hand van een gevalbeschrijving. Tot slot wordt stilgestaan bij de noodzaak tot nader onderzoek naar de effectiviteit van deze veelbelovende therapiemethode.

METACOGNITIEF MODEL EN THERAPIE

.....

Het metacognitieve model (zie figuur 1) veronderstelt dat niet de dwangklachten zelf het belangrijkste probleem zijn, maar de opvattingen die de patiënt heeft over zijn dwanggedachten en -handelingen. Deze opvattingen worden aangeduid als 'metacognities'.

In het metacognitieve model voor OCS wordt onderscheid gemaakt tussen opvattingen over de dwanggedachten en opvattingen over de dwanghandelingen. Opvattingen over de dwanggedachten worden ook wel *fusion beliefs* genoemd en kunnen onderverdeeld worden in drie domeinen. Ten eerste *thought-action fusion* (TAF; Rachman, 1993), waarmee de overtuiging wordt bedoeld dat de gedachte aan een ongewenste gedraging zal leiden tot het daadwerkelijk uitvoeren ervan. Een voorbeeld hiervan is de opvatting: 'Als ik denk aan voor de trein springen, betekent dit dat ik het daadwerkelijk zal gaan doen.' Ten tweede *thought-event fusion* (TEF; Wells, 1997), waarmee de overtuiging wordt bedoeld dat het denken aan een bepaalde gebeurtenis betekent dat deze gebeurtenis plaatsgevonden moet hebben of in de toekomst zal plaatsvinden. Een voorbeeld van deze metacognitie is: 'Als ik denk aan het oplopen van een ernstige besmetting, betekent dit dat ik deze besmetting ook opgelopen moet hebben.' Tot slot voegde Wells meer recent



FIGUUR 1 Schematische weergave van het metacognitieve model van OCS

een derde vorm van fusion beliefs toe aan zijn model, namelijk *thought-object fusion* (TOF; Wells, 2000). Hiermee wordt de overtuiging bedoeld dat gedachten overgedragen kunnen worden op objecten of andere mensen. Een voorbeeld van een TOF-opvatting is: 'Mijn gedachten kunnen ervoor zorgen dat mijn persoonlijke bezittingen besmet raken met negativiteit.'

Fusion beliefs zorgen ervoor dat het hebben van een dwanggedachte op een negatieve manier geïnterpreteerd wordt. Dwanggedachten zijn dan niet langer vluchtige voorbijgaande gedachten in het hoofd, maar gedachten die als gevaarlijk gezien worden en waar aandacht aan geschonken moet worden. Het gevolg hiervan is dat er een psychologische reactie ontstaat op de dwanggedachte, bijvoorbeeld in de vorm van piekeren of rumineren. Zo kan een patiënt met de dwanggedachte: 'Ik spring voor de trein', als gevolg van zijn TAF-opvatting: 'Als ik denk dat ik voor de trein spring, betekent dit dat ik dit zal gaan doen', zich gaan afvragen of hij mogelijk depressief en suïcidaal is. De angst die ontstaat kan tevens als bewijs geïnterpreteerd worden dat er inderdaad sprake is van gevaarlijke en betekenisvolle gedachten. Ook kan deze angst ervoor zorgen dat de frequentie van intrusieve ervaringen toeneemt en ze eerder worden opgemerkt. Deze keten van negatieve emotionele reacties brengt de patiënt in een modus waarin hij of zij zal proberen te ontsnappen aan het vermeende gevaar.

Volgens de metacognitieve theorie wordt tijdens dit proces een tweede categorie van metacognitieve overtuigingen geactiveerd die een rol spelen bij het in stand houden van OCS: de opvattingen over het nut van het uitvoeren van dwanghandelingen. Een voorbeeld van een dergelijke opvatting is:

‘Ik moet controleren, anders kan ik me niet meer ontspannen’, of: ‘Door mijn dwanghandelingen uit te voeren, kan ik voorkomen dat een dierbare iets overkomt.’ De patiënt gaat nu over op het uitvoeren van dwanghandelingen. Hierbij gebruikt de patiënt interne criteria, ook wel ‘stopsignalen’ genoemd, om te besluiten wanneer hij of zij mag stoppen met het uitvoeren van het ritueel. Een voorbeeld hiervan is: ‘Ik moet doorgaan met tellen totdat ik mij weer veilig voel.’ Door het uitvoeren van dwanghandelingen hoopt de patiënt het vermeende gevaar te neutraliseren. Echter, door de dwanghandelingen onthoudt de patiënt zich van de mogelijkheid te ervaren dat het hebben van een gedachte niet gelijk staat aan het optreden van een gebeurtenis of het uitvoeren van een ongewenste handeling. Op die manier blijven de metacognitieve opvattingen over zowel de dwanggedachten als de dwanghandelingen in stand. Tot slot kan de OCS-patiënt gaan monitoren bij zichzelf of er nieuwe ‘gevaarlijke’ intrusieve gedachten ontstaan; ook op deze manier zal de frequentie van intrusieve ervaringen enkel maar toenemen.

Metacognitieve therapie

Overeenkomstig het metacognitieve model van OCS richt de metacognitieve therapie zich niet op de dwangklachten zelf, maar op de manier waarop mensen denken over hun dwanggedachten en dwanghandelingen. De veronderstelling is dat wanneer de patiënt gaat ervaren dat gedachten op zichzelf niet het vermogen hebben om gebeurtenissen te veroorzaken of (tegen de eigen zin) handelingen in gang kunnen zetten, obsessieve gedachten minder spanning zullen oproepen (want ze zijn betekenisloos), waardoor de noodzaak tot het uitvoeren van neutraliserende handelingen zal afnemen. Om dit doel te bereiken worden er in MCT standaard cognitief-gedragstherapeutische technieken gebruikt, zoals het uitwerken van een gedachteschema of gedragsexperimenten. MCT is daarmee een vorm van CGT, maar dan gericht op metacognities in plaats van cognities. In tegenstelling tot andere CGT-programma's voor OCS worden in MCT de interventies dus niet gericht op de inhoud van de dwanggedachten, noch op daaruit voortvloeiende domeinen als intolerantie voor onzekerheid, perfectionisme of gevoelens van overmatige verantwoordelijkheid (Salkovskis, 1996). Het metacognitieve model stelt dat deze cognitieve domeinen slechts voortvloeien uit de metacognitieve opvattingen en daarmee zogeheten ‘lagere-orde-domeinen’ zijn, die geen expliciete aandacht meer behoeven wanneer de therapie zich richt op het hoogste niveau in de keten, namelijk de metacognities (Gwilliam, Wells, & Cartwright-Hatton, 2004; Myers & Wells, 2005).

Een tweede verschil met andere CGT-programma's zit hem in de manier waarop en met welk doel exposure met responspreventie wordt toegepast binnen de therapie. De ERP-opdrachten bij een MCT worden uitgevoerd met als doel metacognitieve opvattingen over de dwanggedachten en dwanghandelingen te onderzoeken en aan te passen. ERP-opdrachten worden daarbij

vormgegeven als gedragsexperiment, waarbij van tevoren een voorspelling wordt gedaan over het verloop en de afloop van het experiment. Na afloop wordt besproken wat het resultaat van het experiment betekent voor de houdbaarheid en geloofwaardigheid van de metacognitieve opvattingen van de patiënt, en indien mogelijk worden die bijgesteld. Tot slot leert de patiënt in een MCT-behandeling de specifieke vaardigheid om op een meer functionele manier met intrusieve ervaringen om te gaan, namelijk *detached mindfulness* (DM; Wells, 2009). DM is een techniek waarbij de patiënt leert om intrusieve gedachten waar te nemen als ‘slechts betekenisloze gedachten in het hoofd’, zonder erop te reageren, ze te analyseren of er iets mee te doen. De patiënt leert op deze manier dat hij controle heeft over zijn reacties en dat er manieren zijn om op een andere manier op intrusieve gedachten te reageren.

WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE

.....

Tot nu toe zijn er vijf onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van metacognitieve therapie bij OCS. In deze onderzoeken is gebruikgemaakt van gestandaardiseerde criteria voor klinisch significante verbetering, toegepast op de scores van de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1995), een semigestructureerd interview om de ernst van OCS-symptomen in kaart te brengen. Hierbij wordt de classificatie ‘hersteld’ gebruikt voor patiënten indien na afloop van hun therapie voldaan wordt aan (1) een score van 14 punten of lager op de Y-BOCS, en (2) minimaal 10 punten verschilscore tussen begin- en eindmeting. De classificatie ‘symptoomvrij’ wordt toegekend bij een score onder de cut-off-waarde van 7 punten op de Y-BOCS (Fisher & Wells, 2008).

Fisher en Wells publiceerden in 2008 een case-series-onderzoek waarbij vier OCS-patiënten individueel behandeld werden met MCT. Alle vier konden na afronding van de therapie op basis van gestandaardiseerde criteria voor klinisch significante verandering geclassificeerd worden als hersteld en twee van de vier (50%) konden geclassificeerd worden als symptoomvrij. Therapieresultaten bleken behouden te zijn gebleven ten tijde van de follow-upmeting na drie maanden.

In een open trial naar de effectiviteit van metacognitieve groepstherapie vonden Rees en Van Koesveld (2008) eveneens veelbelovende resultaten. Bij alle participanten bleek na afloop van de therapie sprake te zijn van verbeteringen op vragenlijsten naar OCS-symptomen en in metacognitieve opvattingen. Zeven van de acht patiënten konden geclassificeerd worden als hersteld. In een vervolgstudie vonden Fitt en Rees (2012) opnieuw veelbelovende resultaten bij drie OCS-patiënten die behandeld werden met MCT door middel van videobellen. Bij alle drie de patiënten bleek er sprake te zijn van klinisch relevante verbetering na afloop van de therapie.

Andouz, Dolatshahi, Moshtagh en Dadkhah (2012) voerden eveneens een case-series-studie uit, met zes OCS-patiënten die geselecteerd werden op de aanwezigheid van intrusies en enkel coverte dwanghandelingen. MCT bleek wederom een effectieve behandelmethode, zowel in termen van statistisch significante als klinisch relevante verbetering.

Tot slot voerde onze eigen onderzoeksgroep een ongecontroleerd pilot-onderzoek uit naar de effectiviteit van MCT onder 25 patiënten met een OCS (van der Heiden, van Rossen, Dekker, Damstra, & Deen, 2016). Er werden significante verbeteringen gevonden op alle uitkomstmaten, waaronder voor OCS-symptomen en depressieve symptomen. Na afloop van de therapie kon 74% van de patiënten die de behandeling afmaakten geclassificeerd worden als hersteld en 47% als symptoomvrij. Ten tijde van de follow-upmeting na drie maanden waren deze percentages toegenomen naar 80% hersteld en 67% symptoomvrij. Het percentage uitval in deze studie was 24% (ter vergelijking: in een ERP-behandeling is dit gemiddeld 30%; Clark, 2004).

Samenvattend: zowel in termen van klinisch significante verbetering als in termen van uitval blijkt in elk van de tot nu toe uitgevoerde onderzoeken de uitkomst voor MCT gunstiger dan voor ERP (Fisher & Wells, 2005). Een belangrijke tekortkoming van bovengenoemde onderzoeken is echter het geringe aantal proefpersonen en het ontbreken van een directe vergelijking met de huidige evidenced-based behandelingen voor OCS. Ook voor het bepalen van het effect van MCT op de langere termijn is nog nader onderzoek nodig. Hoewel er door deze beperkingen nog geen definitieve conclusies getrokken kunnen worden over werkzaamheid van MCT, kan wel gesteld worden dat MCT bij OCS een veelbelovende behandelmethode is, die nader onderzoek verdient. In het navolgende wordt beschreven hoe MCT in de klinische praktijk toegepast kan worden.

GEVALSBESCHRIJVING

.....

Anna (fictieve naam) is een 34-jarige getrouwde vrouw, die door de huisarts in verband met OCS verwezen is naar een tweedelijnsinstelling voor ambulante specialistische geestelijke gezondheidszorg. Anna vertelt op het intakegesprek dat zij al twee keer eerder in behandeling is geweest voor een OCS. De eerste keer was op 18-jarige leeftijd, toen zij net op zichzelf was gaan wonen. Ze had toen last van overmatig schoonmaken en het controleren van deuren en ramen bij vertrek vanuit huis. De tweede keer meldde Anna zich aan met godslasterende intrusies; zij was toen 25 jaar oud. Beide keren werd zij met succes behandeld door middel van ERP. De afgelopen negen jaar is Anna vrijwel klachtenvrij geweest.

Zij vertelt dat de klachten waar zij zich nu voor aanmeldt ongeveer zes maanden geleden plotseling zijn ontstaan na de geboorte van haar eerste kind. Sindsdien ervaart zij intrusieve gewelddadige gedachten, bijvoorbeeld

wanneer ze haar dochtertje optilt of in bad doet. Zij ervaart dan plotseling opkomende, ongewenste gedachten als: 'Ik ga haar verdrinken', 'Ik gooi haar van de trap', of 'Ik schop tegen haar aan.' Anna ziet hierbij levendige beelden waarin zij zichzelf de actie ziet uitvoeren. De gedachten en beelden zijn de hele dag door aanwezig wanneer haar dochter er is en maken dat Anna zich angstig en gespannen voelt. Ze vertelt erg bang te zijn dat de gedachten betekenen dat ze niet van haar dochter houdt en dat ze de acties waar ze aan denkt daadwerkelijk ten uitvoer zal brengen. Ook maken de intrusieve gedachten haar somber en verdrietig, omdat ze gelooft dat het hebben van zulke gedachten betekent dat ze een slechte moeder is.

Omdat Anna vreest de acties in de intrusieve gedachten en beelden daadwerkelijk tot uitvoering te brengen, is ze een aantal activiteiten gaan vermijden of neemt ze voorzorgsmaatregelen. Zo durft ze bij aanmelding niet meer met haar dochter de trap op te lopen of haar dochter in bad te stoppen zonder dat haar man daar ook bij aanwezig is. Ook voert Anna alle activiteiten met haar dochter zo alert mogelijk uit. Hiermee bedoelt ze dat ze alles wat ze doet aandachtig doet en in haar gedachten niet mag afdwalen, omdat zij anders vreest haar intrusieve gedachten daadwerkelijk in actie om te zetten. Tot slot rapporteert Anna verschillende handelingen in reactie op de intrusieve gedachten, met als doel de dwanggedachte zo snel mogelijk kwijt te raken. Zo moet ze op momenten dat een intrusieve gedachte opkomt een vast rijtje opnoemen van vijf redenen waarom zij wel van haar dochter houdt en haar nooit iets aan zal doen. Wanneer dit lukt zonder dat er een intrusieve gedachte opkomt, zakt de angst en mag zij van zichzelf verdergaan met waar zij mee bezig was. Wanneer er wel een intrusieve gedachte opkomt tijdens het opnoemen van het rijtje, moet ze haar rijtje net zo lang blijven herhalen totdat dat haar lukt zonder hierbij een intrusieve gedachte te ervaren. Dit kan veel tijd in beslag nemen, waardoor Anna zich sterk belemmerd voelt in haar dagelijks leven.

Overwegingen ten aanzien van de behandeling

.....

Op basis van het intakegesprek en afname van het Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-S; American Psychiatric Association, 2018) wordt een OCS vastgesteld. Op het moment van aanmelding loopt er op de afdeling een wetenschappelijk onderzoek waarbij de effectiviteit van MCT in een gerandomiseerd design wordt vergeleken met ERP, de huidige behandeling van eerste keuze. Patiënte besluit deel te nemen aan dit onderzoek om op deze manier kans te maken op een alternatieve benadering dan ERP, waar zij geen blijvend effect van heeft ervaren. Zij wordt gerandomiseerd in de MCT-conditie.

Meetinstrumenten

Om het effect van de behandeling te kunnen evalueren, zal de ernst van de OCS-symptomen in kaart worden gebracht met zowel een zelfrapportage-vragenlijst voor dwangklachten, de Padua Inventory-Revised (Padua-IR; Burns, Keortge, Formea, & Sternberger, 1996), als met een semigestructureerd interview, de Y-BOCS (Goodman et al., 1995). De Padua-IR bestaat uit 60 vragen, die beantwoord dienen te worden op een schaal van 0 tot 4 (range 0-240). De Y-BOCS bestaat uit tien vragen, die gescoord worden op een schaal van 0 tot 4 (range 0-40). Beide vragenlijsten zijn internationaal bekend en hebben uitstekende psychometrische kwaliteiten.

Om de voor OCS relevante metacognities in kaart te brengen, worden er tevens twee vragenlijsten afgenomen die deze constructen beogen te meten. Om de metacognitieve opvattingen over de dwanggedachten in kaart te brengen wordt het Thought Fusion Instrument (TFI; Wells, Gwilliam, & Cartwright-Hatton, 2001) afgenomen en om opvattingen over de noodzaak van het uitvoeren van dwanghandelingen in kaart te brengen wordt de Beliefs About Rituals Inventory (BARI; McNicol & Wells, 2012) afgenomen. Het TFI bestaat uit veertien items, die beantwoord dienen te worden op een schaal van 0 tot 100 (range 0-1400), bijvoorbeeld: 'Als ik aan een onplezierige gebeurtenis denk, dan wordt de kans groter dat het ook echt gebeurt.' De BARI bestaat uit twaalf vragen, die beantwoord dienen te worden op een schaal van 1 tot 4 (range 14-56), bijvoorbeeld: 'Ik moet mijn rituelen uitvoeren, anders zal ik nooit meer rust vinden.' Beide vragenlijsten zijn nog onvoldoende onderzocht op psychometrische kwaliteiten en worden dan ook enkel ter indicatie van mogelijke veranderingen op procesniveau gebruikt.

Voorafgaand aan de start van de behandeling scoort Anna op de Padua-IR 58 punten. In vergelijking met de normgroep 'normalen' is deze totaalscore 'zeer hoog'. In vergelijking met de normgroep 'OCS-patiënten' kan deze score als 'gemiddeld' gezien worden. Op de Y-BOCS scoort Anna bij aanvang 18 punten. Deze score kan geclassificeerd worden als een 'matige tot ernstige OCS'. De beginscore op de TFI is 270 punten. Op de BARI scoort Anna bij aanvang van de therapie 18 punten.

Metacognitieve therapie

MCT is een kortdurende, praktische en doelgerichte behandeling, die gegeven wordt in ongeveer 15 therapiezittingen van 45 minuten. Tijdens de therapie worden vier fasen doorlopen. Deze vier fasen zijn weergegeven in tabel 1 en worden toegelicht aan de hand van de gevalsbeschrijving Anna.

TABEL 1 *Behandelprotocol (onderzoeksversie) van de metacognitieve therapie (van der Heiden et al., 2016; gebaseerd op: Wells, 1997, 2009)*

Fase	Onderwerp	Technieken
1	Opstellen van casusconceptualisatie en identificeren van metacognitieve opvattingen over dwanggedachten en dwanghandelingen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afname van het Thought Fusion Instrument (TFI) en de Beliefs About Rituals Inventory (BARI) ▶ Identificeren van metacognities door middel van het socratisch interview ▶ Averechts effect van copinggedragingen illustreren aan de hand van experimenten (bijvoorbeeld gedachteonderdrukkingsexperiment) ▶ Introductie van detached mindfulness
2	Modificeren van metacognities over dwanggedachten	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gedachteschema's gericht op het onderzoeken van fusion beliefs ▶ Gedragsexperimenten gericht op het onderzoeken van fusion beliefs (exposure met responscommissie, exposure met responspreventie, uitstelexperiment en/of adaptief checken)
3	Modificeren van metacognities over dwanghandelingen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gedachteschema's gericht op het onderzoeken van opvattingen over dwanghandelingen ▶ Voor- en nadelenanalyse van het uitvoeren van dwanghandelingen opstellen ▶ Socratisch bevragen van de vermeende voordelen van het uitvoeren van dwanghandelingen ▶ Afwisselen tussen het uitvoeren van veel versus weinig dwanghandelingen, met als doel het onderzoeken van opvattingen over dwanghandelingen ▶ Exposure met responspreventie, met als doel het onderzoeken van opvattingen over dwanghandelingen
4	Terugvalpreventie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Terugvalpreventie ▶ Opstellen van nieuw plan voor omgaan met dwangklachten

Fase 1 — Fase 1 is de bewustwording van de rol van metacognitieve opvattingen en vertrouwd raken met het metacognitieve model. Het doel van de eerste behandel fase is de patiënt ervan bewust maken dat de dwangklachten zelf niet het probleem zijn, maar de betekenis die de patiënt toekent aan die dwangklachten en de manier waarop hij of zij erop reageert. Dit doel wordt bereikt door middel van psycho-educatie over OCS en het metacognitieve model, door het opstellen van een individuele casusconceptualisatie en door

de introductie van detached mindfulness (DM). Naast uitleg over de OCS-klachten en de rol van metacognitieve opvattingen worden klachten genormaliseerd door te vertellen dat dwanggedachten een normaal fenomeen zijn dat ook bij 80-90% van de mensen zonder OCS voorkomt (Rachman & De Silva, 1978). Een recente dwangperiode wordt besproken aan de hand van het volgende casusconceptualisatie-interview (Wells, 2009).

Casusconceptualisatie-interview OCS

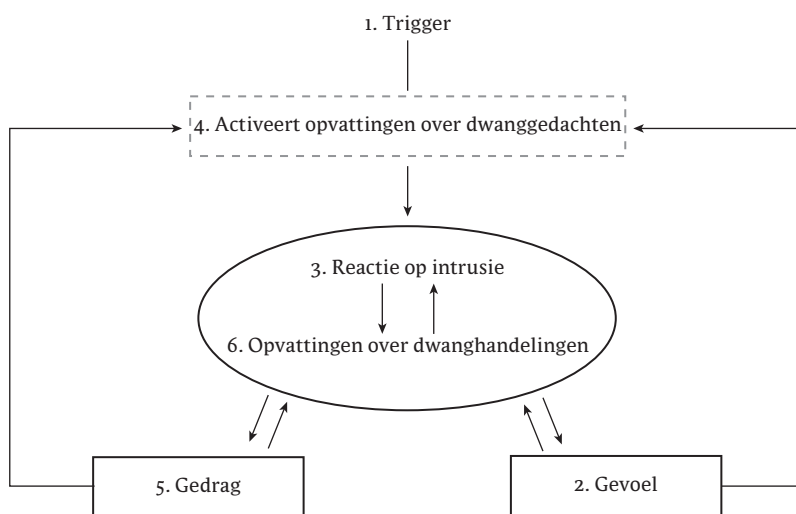
Introductie: Ik ga u enkele vragen stellen over de laatste keer dat u zich gespannen voelde over een obsessieve gedachte en u zich genoodzaakt voelde daarop te reageren.

- 1 · Wanneer was dat?
- 2 · Wat was de dwanggedachte (beeld/impuls/twijfel) waarmee het begon/ waardoor u gespannen raakte (= *trigger*)
Als de patiënt dit niet weet, vraag hem of haar dan de gedachte op te roepen, bijvoorbeeld dat het *huis vies is*. *Vraag vervolgens of het hebben van die gedachte ook betekent dat het huis vies is.*
- 3 · Toen u die gedachte had, hoe voelde u zich toen? (= *gevoel*)
 - Waar in uw lichaam voelde u dat?
 - Welke lichamelijke sensaties merkte u op?
- 4 · Het lijkt alsof die gedachte/dat gevoel een negatieve betekenis heeft. Wat betekenen ze voor u (en hoe geloofwaardig is die betekenis)?
 - Wat zou het ergste zijn wat er kan gebeuren als u die intrusie zou blijven hebben?
 - De gedachte lijkt belangrijk te zijn. Wat is er belangrijk aan voor u?
 - Is het hebben van deze gedachte gevaarlijk of schadelijk? Zo ja, op welke manier?
 - Stel dat de gedachte waar is, wat zou er dan gebeuren? Wat is het ergste wat er kan gebeuren?
 - Wat zou er gebeuren als u niets zou doen om deze gedachte te neutraliseren?
 - Wat zegt deze gedachte over u als persoon?
 - Kwamen er nog andere gedachten bij u op toen u zich angstig voelde?
 - Had u het gevoel dat er gevaar dreigde? Zo ja, welk gevaar? (= *piekeren/rumineren in reactie op trigger*)
- 5 · Wat betekenen deze gedachten volgens u?
 - Betekent het hebben van een gedachte voor u dat die gedachte ook waar is?
 - Dacht u dat de gedachte een feit was of slechts een vervelende gedachte?
 - Wat is het ergste dat deze gedachten zouden kunnen betekenen? Hoe sterk geloofde u daarin op dat moment? (= *opvattingen over eigen gedachten*)
- 6 · Deed u iets om dit (= *negatieve opvatting over de dwanggedachte*) te voorkomen?
 - Deed u iets om de twijfel bij uzelf weg te nemen?
 - Probeerde u het angstige gevoel weg te krijgen? Zo ja, hoe deed u dat?
 - Voerde u dwanghandelingen uit (*noem eventueel voorbeelden*)? (= *gedrag*)
- 7 · Wat zijn voor u de voordelen van deze dwanghandelingen (*vraag eventueel door op antwoord*)? En wat is daar het voordeel van?
 - Wat zou er volgens u gebeuren als u niet langer met dergelijke handelingen zou reageren op uw dwanggedachten/twijfels/gevoelens?

- En wat zou er met u gebeuren? Hoe sterk geloofde u daarin op dat moment? (= *opvattingen over dwanghandelingen*)
- Waaraan merkt u dat u de handelingen voldoende hebt uitgevoerd/dat het veilig is om te stoppen met dwanghandelingen?
- Wat is uw doel als u rituelen uitvoert? Hoe weet u wanneer u dat doel bereikt hebt? Hebt u een speciale regel die u voorschrijft hoe vaak of hoe lang u uw dwanghandelingen moet uitvoeren? (= *stopsignaal*)

285

Aan de hand van het casusconceptualisatie-interview worden alle elementen uit het metacognitieve model doorlopen (zie figuur 2) en kan een idiosyncratische casusconceptualisatie opgesteld worden.



FIGUUR 2 Casusconceptualisatie OCS

Nadat het metacognitieve model is opgesteld, wordt de patiënt vertrouwd gemaakt met het model. Dit gebeurt door het uitvoeren van gedragsexperimenten tijdens de sessie, zoals het witte-beerexperiment, waarbij de patiënt ervaart dat gedachteonderdrukking veelal averechts werkt (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987), en door het bevragen van de patiënt over zijn metacognitieve opvattingen. Door vragen te stellen als: 'Als je niet langer gelooft dat je dwanggedachten waar zijn, heb je dan nog een probleem?' en: 'Als je dwanghandelingen helpen, hoe komt het dan dat je nog steeds een probleem hebt?' ziet de patiënt in dat niet de klachten zelf, maar de opvattingen daarover het centrale probleem zijn. Tot slot wordt in deze eerste behandelingsfase DM geïntroduceerd, een techniek om de eigen dwanggedachten te leren observeren zonder er waarde aan toe te kennen en zonder erop te

reageren of te proberen ze weg te krijgen. De patiënt leert zijn dwanggedachten te zien als 'zomaar gedachten in het hoofd,' zonder er een betekenis aan toe te kennen (Wells, 1997).

In de behandeling van Anna werd begonnen met het afnemen van het casusconceptualisatie-interview. De hieruit resulterende schematische weergave van het metacognitieve model is weergegeven in figuur 3.



FIGUUR 3 Schematische weergave van het metacognitieve model van Anna

Door het opstellen van dit model leerde Anna inzien dat het hebben van gewelddadige gedachten voor haar betekent dat zij vreest gewelddadig gedrag te gaan vertonen, een TAF-opvatting. Ook leerde zij inzien dat door het uitvoeren van dwanghandelingen in reactie daarop en door vermijdingsgedrag (zoals verzorgende taken voor haar dochter enkel nog samen met haar man uitvoeren) zij nooit kan ervaren dat het slechts gaat om betekenisloze gedachten. Door dit inzicht was zij bereid om te gaan oefenen met alternatief gedrag in reactie op haar dwanggedachten en werd DM geïntroduceerd in de behandelsessie. Aan de hand van een vrije-associatieoefening ervoer Anna wat bedoeld wordt met DM, namelijk het slechts observeren van gedachten zonder er betekenis aan toe te kennen, en hoe dit overeenkomt met de normale manier van verwerken van het merendeel van de gedachten die mensen dagelijks hebben (Wells, 2009). Deze oefening wordt geïllustreerd in onderstaande dialoog.

Fragment uit de introductie van detached mindfulness bij Anna

Therapeut: Sluit je ogen en luister naar de woorden die ik zo ga opnoemen.

Neem je gedachten waar die spontaan opkomen in reactie op mijn woorden. Het maakt niet uit wat er straks bij je opkomt, misschien ook wel helemaal niets. Het gaat erom dat je passief observeert wat er gebeurt, zonder dit te proberen te beïnvloeden.

(De therapeut noemt met tussenpozen de volgende woorden op: appel – verjaardag – zee – boom – fiets – zomer – rozen.)

- Therapeut: Doe je ogen maar weer open. Kun je me vertellen wat er gebeurde in reactie op mijn woorden?
- Anna: Ik zag beelden van de verschillende dingen die je opnoemde, soms ook beelden van herinneringen, bijvoorbeeld bij het woord zomer zag ik een beeld van het vakantiehuisje waar we afgelopen zomer zijn geweest.
- Therapeut: Lukte het je om deze beelden te observeren, zonder te proberen om ze te beïnvloeden?
- Anna: Ja, dat ging prima.
- Therapeut: En wat gebeurde er na verloop van tijd met deze beelden, bijvoorbeeld wanneer ik het volgende woord uitsprak?
- Anna: De beelden verdwenen na verloop van tijd en maakten plaats voor een volgende gedachte of beeld.
- Therapeut: Deed jij zelf nog iets om deze beelden te laten verdwijnen?
- Anna: Nee, dat gebeurde gewoon.
- Therapeut: Deze strategie kun je ook gebruiken bij dwanggedachten. Zou je deze week vijftien minuten per dag kunnen oefenen met het oproepen van dwanggedachten en deze waar te nemen zonder ze te analyseren? Probeer er actief niets mee te doen, niet te analyseren, te onderdrukken of jezelf gerust te stellen.

Anna oefende elke dag vijftien minuten met het toepassen van detached mindfulness. Na twee weken begon ze te merken dat intrusieve gedachten minder vaak en minder langdurig aanwezig waren.

Fase 2 — Fase 2 is het modifieren van metacognities over dwanggedachten. In de tweede fase van MCT worden metacognities over dwanggedachten onderzocht en gewijzigd door middel van verbale cognitieve technieken en door het uitvoeren van gedragsexperimenten. Opvattingen over dwanggedachten worden onderzocht door op socratische wijze de argumenten of bewijzen die de metacognities ondersteunen, dan wel hiermee in tegenspraak zijn, te inventariseren. Hierbij kunnen hulpvragen gebruikt worden zoals hierna weergegeven.

Hulpvragen bij het zoeken van argumenten in strijd met de opvatting over dwanggedachten

- ▶ Welke argumenten zijn in strijd met uw idee dat als u iets denkt, die gedachte ook waar is?
- ▶ Welke argumenten/feiten/bewijzen/ervaringen laten zien dat gedachten op zichzelf niet het vermogen of de kracht hebben om gebeurtenissen te veroorzaken?

- ▶ Welke argumenten/feiten/bewijzen/ervaringen pleiten tegen uw opvatting dat dwanggedachten betekenen dat er iets ergs gebeurd is of nog gaat gebeuren?
- ▶ Zijn er argumenten/feiten/bewijzen/ervaringen die erop duiden dat gedachten op zichzelf misschien geen speciale krachten of betekenis hebben?
- ▶ Hoe vaak heeft u gecontroleerd of uw gedachte juist was? En hoe vaak bleek dit het geval te zijn? Wat betekent dit voor uw opvatting dat uw dwanggedachten juist of belangrijk zijn?
- ▶ Kunt u uitleggen op welke manier een gedachte of gevoel overgedragen kan worden op een object of ding?
- ▶ Hoe kan het dat maar een deel van uw gedachten speciale krachten hebben en niet alle gedachten?
- ▶ Kunt u denken aan het winnen van de lotto of staatsloterij? Betekent dit ook dat u de lotto nu gaat winnen? Zo nee, waarom niet? Wat is het verschil met dwanggedachten (die naar uw idee wel het vermogen hebben een gebeurtenis te veroorzaken)?
- ▶ Heeft u wel eens een gedachte gehad en vervolgens geen dwanghandelingen uitgevoerd? Zo ja, wat gebeurde er toen? Wat zegt dat over deze gedachten?
- ▶ Hoe vaak is uw opvatting uitgekomen dat uw gedachten ervoor kunnen zorgen dat u *iets ergs doet/dat er iets naars zal gebeuren/dat je negatieve gevoelens of gedachten kunt overdragen op dingen*? En hoe vaak is die opvatting niet uitgekomen? Wat betekent dit voor uw opvatting dat uw dwanggedachten juist of belangrijk zijn?
- ▶ Is het hebben van een (dwang)gedachte een goed argument of bewijs dat u iets gedaan heeft? Of zou een herinnering over dat u dat gedaan heeft beter bewijs zijn?
- ▶ Bent u het type om te doen wat u denkt als u een dwanggedachte heeft?
- ▶ Welke ervaringen heeft u gehad die laten zien dat uw opvatting over uw dwanggedachten niet altijd of niet volledig waar is?
- ▶ Als u voor een rechtbank zou verschijnen, wat zou u dan kunnen aanvoeren als bewijs tegen de opvatting over uw dwanggedachten?
- ▶ Denk aan iemand wiens mening u respecteert. Welke argumenten zou hij/zij aandragen die in strijd zijn met uw opvatting over dwanggedachten?
- ▶ Wanneer iemand anders (bijvoorbeeld een goede vriend(in) of een familielid) van mening zou zijn dat het hebben van een gedachte ook betekent dat er iets gebeurt, je iets doet of dat er iets negatiefs overgedragen wordt op een object, wat zou u dan tegen hem/haar zeggen?
- ▶ Wie in uw familie of vriendenkring zijn van mening dat uw opvatting over uw dwanggedachten niet klopt? En om welke redenen?

In de metacognitieve therapie voor OCS worden vervolgens drie specifieke gedragsexperimenten gebruikt om thought fusion beliefs te onderzoeken:

- 1 *Exposure met responspreventie*. Als gedragsexperiment wordt er in deze behandelfase geoefend met exposure met responspreventie om te kunnen toetsen of fusion beliefs al dan niet kloppen. Het achterliggende idee is dat patiënten door het uitvoeren van dwanghandelingen niet in staat zijn om te ontdekken dat dwanggedachten geen feiten zijn, of dat dwanggedachten weliswaar vervelende, maar ongevaarlijke, betekenisloze gedachten zijn.

In een ERP-experiment werd Anna gevraagd haar dochter zelf in bad te doen en in reactie op de intrusieve gedachte: 'Ik verdrink mijn dochter,' het gebruikelijke opdreunen van haar lijstje met vijf redenen waarom ze van haar dochter houdt achterwege te laten. Anna vreest dat de gedachte: 'Ik verdrink mijn dochter,' betekent dat ze dit gewelddadige gedrag zal gaan uitvoeren, tenzij ze haar ritueel uitvoert. Als gevolg van eerdere inventarisatie van argumenten die in tegenspraak zijn met deze overtuiging is de geloofwaardigheid van de overtuiging reeds gezakt naar 40% wanneer zij het experiment aangaat. Anna voert het experiment een week lang dagelijks uit, waarbij zij alle dagen ervaart dat ook zonder het opdreunen van haar lijstje zij niet tot gewelddadig handelen overgaat. Bij nabespreking geeft Anna aan dat de geloofwaardigheid van haar angstige verwachting is gezakt naar 0%.

- 2 *Adaptief checken.* Een tweede gedragsexperiment in deze fase is dat van adaptief checken. Bij dit experiment mag de patiënt een controlehandeling uitvoeren in reactie op een intrusieve ervaring. Voorafgaand aan het experiment moet duidelijk zijn dat het doel van het experiment niet is om geruststelling te verkrijgen, maar om informatie te verzamelen om de houdbaarheid van een metacognitieve opvatting mee te kunnen toetsen, bijvoorbeeld de TEF-opvatting: 'Als ik denk dat mijn huis in brand staat, dan staat het in brand.' Door op het moment dat deze gedachte optreedt terug te lopen naar huis en te zien dat het huis niet in brand staat, kan de patiënt leren dat zijn dwanggedachten geen speciale betekenis hebben, maar slechts onbelangrijke gedachten in het hoofd zijn.
- 3 *Exposure in combinatie met dwanggedachte oproepen.* Een derde gedrags-experiment om metacognities over dwanggedachten te onderzoeken is exposure in combinatie met de dwanggedachte oproepen en in gedachten houden. In deze fase van de therapie vertoonde Anna nog veel vermijdingsgedrag. Ook deed zij er in reactie op haar dwanggedachten alles aan om deze zo snel mogelijk kwijt te raken, door bijvoorbeeld afleiding te zoeken of de gedachte te onderdrukken. Na het opstellen van de casus-conceptualisatie realiseerde zij zich dat ze op deze manier niet kan ervaren dat intrusies slechts ongevaarlijke gedachten zijn. Met Anna werden gedragsexperimenten besproken waarbij ze leerde haar vermijdingsgedrag op te heffen en haar dwanggedachten juist actief in haar hoofd te houden. Zo oefende zij om haar dochter op een speelkleed op de grond te laten spelen en de opkomende intrusie: 'Ik schop tegen haar aan,' niet weg te drukken maar juist actief te blijven herhalen. Doordat zij bij het uitvoeren van dit experiment merkte dat zij niet overging tot het uitvoeren van de gewelddadige actie (schoppen van haar dochter), leerde zij dat het hebben van de gedachte geen relatie heeft met wat ze doet en dus niet gelijkstaat aan het uitvoeren van de ongewenste actie.

Fase 3 — Fase 3 is het modifieren van metacognities over dwanghandelingen. In de derde fase worden de metacognities over de dwanghandelingen onderzocht, eveneens door middel van verbale cognitieve herstructureringstechnieken en door middel van gedragsexperimenten. Er wordt begonnen met het opstellen van een voordelen- en nadelenanalyse van het uitvoeren van dwanghandelingen. Vervolgens wordt er dissonantie opgewekt over de vermeende voordelen door het stellen van socratische vragen, zoals: ‘Hoe kan iets wat helpend is, zoveel nadelige gevolgen hebben?’ Opvattingen over de noodzaak van het uitvoeren van dwanghandelingen worden vervolgens onderzocht door op socratische wijze de argumenten/bewijzen die de dwanggedachten ondersteunen dan wel hiermee in tegenspraak zijn te inventariseren. Een fragment uit de behandeling van Anna in deze therapiefase is weergegeven in de volgende dialoog.

Fragment uit de behandeling van Anna in fase 3

- Therapeut: Kun je me vertellen wat de reden is dat je continu in je hoofd de redenen blijft herhalen waarom je van je dochter houdt?
- Anna: Ik moet dit wel doen, want als ik het niet doe, zal ik mij de hele dag slecht voelen.
- Therapeut: Heeft het ritueel ook nadelen?
- Anna: Jazeker. Ik ben er de hele dag mee bezig. Het kost heel veel tijd en energie. Het lijkt ook nooit goed genoeg: wanneer ik het lijstje heb opgedreund, voel ik me heel even goed, maar na een paar minuten komt de angst terug en moet ik weer helemaal opnieuw beginnen.
- Therapeut: Wat zegt dit over de geloofwaardigheid van je opvatting dat je het ritueel moet uitvoeren, omdat je je anders altijd slecht blijft voelen?
- Anna: Tja, ook met het uitvoeren van dit ritueel voel ik mij de hele dag slecht en angstig. Maar ik vraag me af of dit niet nog veel erger wordt wanneer ik stop met het ritueel.
- Therapeut: Zullen we dat uittesten?

Een specifiek gedragsexperiment dat vervolgens in deze fase gebruikt wordt is het *ritueel-modulatie-experiment*. In dit experiment wordt de patiënt gevraagd om één dag per week zo veel mogelijk dwanghandelingen uit te voeren als er een dwanggedachte opkomt, en op een andere dag juist zo min mogelijk dwanghandelingen uit te voeren wanneer er zich een dwanggedachte opdringt en in plaats daarvan DM toe te passen. De patiënt wordt gevraagd bij te houden hoe hij zich voelt op elk van beide dagen. Deze informatie wordt vervolgens gebruikt om te kunnen bepalen of de opvattingen over de noodzaak tot het uitvoeren van dwanghandelingen zijn uitgekomen op de dag met zo min mogelijk dwanghandelingen, en op welk van beide dagen de patiënt zich beter voelde en/of beter functioneerde. Door het uitvoeren van dit experiment leerde Anna dat zij zich juist minder angstig voelde op de dag met zo min mogelijk dwanghandelingen, waardoor de geloofwaardigheid

van haar opvatting: 'Ik moet mijn rituelen uitvoeren, want anders voel ik mij de hele dag slecht', daalde tot 10%.

Tot slot kunnen ook in deze derde fase van de behandeling ERP-opdrachten worden ingezet, wederom met het doel metacognitieve opvattingen te onderzoeken. In een ERP-opdracht in deze fase kan de patiënt bijvoorbeeld gevraagd worden om een bepaalde dwanghandeling niet uit te voeren, teneinde na te gaan of de opvatting dat dwanghandelingen nuttig zijn (dan wel die over de gevreesde gevolgen van het niet uitvoeren van dwanghandelingen) juist is.

291

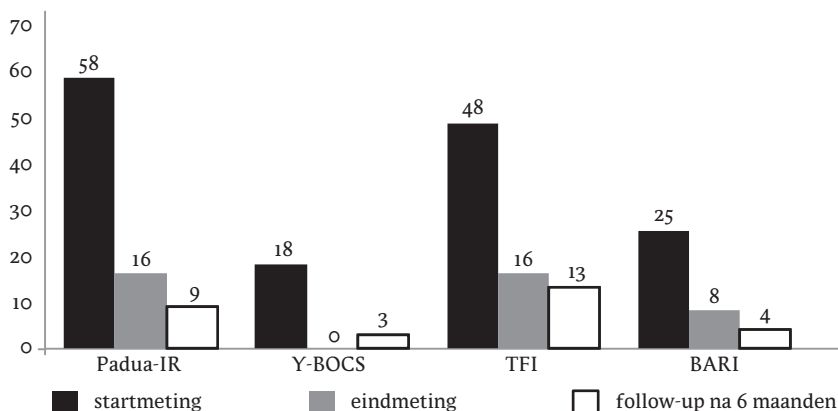
Fase 4 — Fase 4 is de terugvalpreventie. De vierde fase van de therapie wordt gestart met het in kaart brengen van nieuwe manieren om te reageren op dwanggedachten, het zogenaamde 'nieuwe plan', dat in plaats moet komen van het 'oude plan' van reageren op dwanggedachten (bijvoorbeeld het toepassen van detached mindfulness in plaats van het onderdrukken van dwanggedachten). Ook wordt een terugvalpreventieplan gemaakt, waarbij een lijst wordt opgesteld van signalen die een terugval kunnen voorspellen, en vervolgens een lijst met technieken en maatregelen die de patiënt kan toepassen om te voorkomen dat hij terugvalt. Tezamen met de individuele casusconceptualisatie en een overzicht van metacognities, met daarbij de bewijzen die in tegenspraak zijn met deze opvattingen, vormt dit een 'blauwdruk' van de therapie.

In de therapie van Anna zijn twee sessies besteed aan het maken van deze blauwdruk. In het 'nieuwe plan' van reageren op dwanggedachten noemde zij drie zaken die voor haar van groot belang waren geweest in de therapie, namelijk (1) het toepassen van DM in reactie op dwanggedachten, (2) beseffen dat dwanggedachten slechts gedachten zijn en geen feiten, en bij 80-90% van de mensen voorkomen, en (3) het gedragsexperiment waarbij ze leerde dwanggedachten te overdrijven in plaats van ze weg te drukken, wat haar deed inzien dat dwanggedachten slechts betekenisloze gedachten zijn.

Door het opstellen van het terugvalpreventieplan realiseerde Anna zich dat ze meerdere keren een terugval had gehad in OCS-klachten na een grote verandering in haar leven, zoals een verhuizing en de geboorte van haar eerste kind. 'Grote veranderingen' nam Anna dan ook op als mogelijke risicosituaties voor het voorspellen van een terugval. Als maatregel om hier zo goed mogelijk mee om te gaan nam ze zichzelf voor bij grote veranderingen haar blauwdruk van de therapie in het zicht op te hangen in haar woonkamer, teneinde zichzelf in een dergelijke levensfase te blijven herinneren aan de voor haar waardevolle inzichten uit de therapie.

Resultaten van de behandeling

Na afloop van de behandeling voldoet Anna niet langer aan de diagnose OCS op basis van de SCID-S. De resultaten op de vragenlijsten zijn weergegeven in figuur 4.



FIGUUR 4 Scores op de vragenlijsten van Anna voorafgaand, na afloop en zes maanden na afloop van de therapie. Om de resultaten in de grafiek te laten passen, zijn de scores op de TFI gedeeld door factor 10.

Op basis van zowel zelfrapportage als het semigestructureerde interview zien we een substantiële afname in de ernst van OCS-symptomen tussen de startmeting en eindmeting. Wanneer we kijken naar de scores op de Y-BOCS, kan Anna volgens de gestandaardiseerde criteria voor klinisch relevante verbeteringen geclassificeerd worden als 'symptoomvrij' (onder de cut-off-waarde van 7 en minimaal 10 punten verschil tussen de startmeting en eindmeting). Ook op het TFI en de BARI, die beogen de metacognitieve opvattingen over dwangsymptomen in kaart te brengen, zien we een daling plaatsvinden gedurende de therapie. Dit kan mogelijk betekenen dat juist het werken aan en wijzigen van de metacognitieve opvattingen verantwoordelijk is voor het therapie-effect. Therapieresultaten blijken behouden te zijn gebleven ten tijde van de follow-upmeting na zes maanden.

BESLUIT

In dit artikel is het metacognitieve model van OCS besproken en werden de vier fasen van de metacognitieve therapie geïllustreerd aan de hand van een

gevalsbeschrijving. Te lezen is hoe de behandeling van Anna zich richt op het onderzoeken en wijzigen van metacognitieve opvattingen over zowel haar dwanggedachten als haar dwanghandelingen. Hoewel hiertoe ook opdrachten met exposure met responspreventie worden gebruikt, kent de MCT-behandeling van Anna vele elementen die niet terug te vinden zijn in een traditionele ERP-behandeling. Hierbij valt te denken aan specifieke gedragsexperimenten om fusion beliefs te onderzoeken, de introductie van detached mindfulness en het invullen van gedachteschema's over opvattingen over dwanghandelingen. In het geval van Anna bleek metacognitieve therapie een succesvolle behandeling te zijn, zowel direct na afloop van de therapie als zes maanden na afsluiting. Dit komt overeen met de eerste onderzoeksresultaten uit kleine, ongecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van MCT bij OCS, die uitwijzen dat het gaat om een veelbelovende therapiemethode. Daarom verdient deze therapiemethode het om nader onderzocht te worden in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Een dergelijke RCT wordt momenteel uitgevoerd door onze onderzoeksgroep, waarbij de effectiviteit van MCT direct wordt vergeleken met de huidige therapie van eerste keuze, ERP (Melchior, Franken, Deen, & van der Heiden, 2019). Honderd patiënten met als hoofddiagnose een OCS, vastgesteld met de SCID-I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2001), een diagnostisch interview gebaseerd op de DSM-IV, worden geïncludeerd uit de reguliere stroom patiënten die voor behandeling worden verwezen naar PsyQ, een ambulante specialistische ggz-instelling. Na inclusie worden patiënten gerandomiseerd in een van beide behandelcondities: ERP of MCT. De primaire uitkomstmaat is de ernst van de OCS-symptomen, gemeten met de Y-BOCS en de Padua-IR. Metingen worden afgenomen voorafgaand aan de behandeling, bij afsluiting van de behandeling en 36 maanden na afloop van de behandeling. Exclusiecriteria zijn zo minimaal mogelijk gehouden om de steekproef zo representatief mogelijk te laten zijn voor de klinische praktijk. Beoogde einddatum van het onderzoek is eind 2019.

Kim Melchior en **Colin van der Heiden** zijn beiden werkzaam bij PsyQ Rotterdam en verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentieadres: Kim Melchior, PsyQ, Max Euwelaan 70, 3062 MA Rotterdam, Nederland. E-mail: k.melchior@psyq.nl.

Summary *Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder*

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by recurrent obsessions and/or compulsions that cause marked distress and interfere with daily functioning. Exposure with response prevention (ERP) is the current treatment of choice for OCD. However, ERP for OCD is a good example of the discrepancy between statistically and clinically significant change. Although several studies and meta-analysis have shown ERP to lead to statistically significant improvements, only about 60% of treatment completers achieve recovery, so

there is room for improvement. It has been suggested that progress might be made by basing therapy on key cognitive processes involved in the development and maintenance of the disorder. A promising disorder specific model is the metacognitive model of Wells, which assumes that beliefs about the meaning and significance of intrusive thoughts and rituals maintain the disorder. The resulting metacognitive therapy (MCT) focuses on modifying patients' beliefs about thoughts and rituals, instead of challenging the actual content of these symptoms. In this article, the metacognitive model is outlined and the metacognitive therapy is illustrated on the basis of a case study. So far a couple of small studies provided support for the efficacy of metacognitive therapy.

Keywords *obsessive-compulsive disorder, metacognitive therapy, case study*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- American Psychiatric Association (APA). (2018). *SCID-5-S: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen. Nederlandse vertaling van Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders*. Amsterdam: Boom.
- Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N., & Dadkhah, A. (2012). The efficacy of metacognitive therapy on patients suffering from pure obsessions. *Iranian Journal of Psychiatry, 7*, 11-21.
- Burns, G. L., Keortge, S., Formea, G., & Sternberger, L. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive-compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 163-173.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowski, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 5-27.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2001). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR axis-I disorders*. (Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)). New York: Biometrics Research Department, NY State Psychiatric Institute.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1543-58.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 117-132.
- Fitt, S., & Rees, C. (2012). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder by videoconference: A preliminary study. *Behaviour Change, 29*, 213-229.
- Goodman, W. K., Price, L. M., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1995). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006-1011.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 137-144.
- McNicol, K., & Wells, A. (2012). Metacognitions and obsessive-compulsive symptoms: The contribution of

- thought-fusion beliefs and beliefs about rituals. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 330-340.
- Melchior, K., Franken, I., Deen, M., & van der Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20, 277.
- Meyer, V. (1966). Modifications of expectations in case of obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 557-577.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 103-133). New York (NY): Guilford.
- Skapinakis, P., Caldwell, D., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., & Salkovskis, P. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment*, 20, 1-392.
- van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van der Heiden, C., van Rossen, K., Dekker, A., Damstra, M., & Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thoughts 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, UK: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Gwilliam, P., & Cartwright-Hatton, S. (2001). *The Thought Fusion Instrument*. Manchester: University of Manchester.