

Samenvatting

De *Inference Based Approach* (IBA) is een cognitieve therapie zonder exposure met responspreventie voor OCS. De behandeling is gebaseerd op het verschijnsel *inferential confusion*: het verwarren van een mogelijkheid met dat wat er daadwerkelijk hier en nu aan de hand is. In de IBA-behandeling leert de patiënt zijn obsessies herkennen als het obsessief twijfelen over een situatie. Hij leert de principes van inferential confusion en ziet in hoe dit redeneerproces ervoor zorgt dat hij steeds meer geabsorbeerd raakt door de dwang. Samen met de therapeut zoekt hij naar alternatieve uitgangspunten om naar het obsessieve onderwerp te kijken.



Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- > bent u bekend met de casus-conceptualisatie van OCS volgens de Inference Based Approach (IBA-)methode;
- > beschikt u over handvatten om de primaire twijfel te achterhalen die achter elke dwanghandeling schuilt;
- > weet u meer over redeneerprocessen in OCS die maken dat deze primaire twijfel zo geloofwaardig aanvoelt;
- > hebt u een globaal beeld van de behandeling van OCS volgens de IBA-methode.

Trefwoorden

obsessieve-compulsieve stoornis, Inference Based Approach (IBA), cognitieve therapie, obsessieve twijfel, inferential confusion

Emma Koenen, Nadja Wolf,

Henny Visser

Drs. E.H. Koenen, onderzoeker i.o. en psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog, Centrum voor Psychotherapie, afdeling Marina de Wolfcentrum, GGz Centraal en Amsterdam UMC

Drs. N. Wolf, onderzoeker i.o. en arts i.o. tot psychiater, Centrum voor Psychotherapie, afdeling Marina de Wolfcentrum, GGz Centraal en Amsterdam UMC

Dr. H.A.D. Visser, psychotherapeut (in 2016 gepromoveerd op IBA), Innova Instituut voor onderzoek, opleiding en innovatie, GGZ Centraal Onderzoekslijn Angst- en Dwangstoornissen.

IBA: de obsessieve twijfel achter dwangklachten¹

Casus Arjan

De 38-jarige Arjan wordt door zijn huisarts verwezen vanwege dwangklachten. Tijdens de intake bij een gespecialiseerde polikliniek vertelt Arjan last te hebben van controle-dwang. Voortdurend dringen gedachten zich aan hem op: dat hij de deur niet goed heeft afgesloten, het gas niet heeft uitgedraaid of de handrem van de auto niet heeft gebruikt. Het leidt ertoe dat Arjan minutenlang zijn gasfornuis en voordeur controleert alvorens hij zijn huis kan verlaten. Zijn activiteiten buitenshuis heeft hij daarom beperkt tot het hoognodige. Liever bespaart hij zichzelf het controleritueel, daarbij op de koop toe nemend dat zijn sociale leven steeds beperkter wordt. Het verlaten van de auto na een autorit is problematisch, Arjan loopt herhaaldelijk terug naar zijn auto om zich ervan te verzekeren dat de handrem is aangetrokken. Hij schaamt zich voor de klachten. Hij vreest dat het collega's opvalt dat hij minutenlang in zijn stilstaande auto zit, voordat hij, vaak te laat, op zijn werk verschijnt. De dwanghandelingen nemen veel tijd in beslag en laten weinig ruimte om zijn leven op een bevredigende manier in te vullen.

Naast controledwang heeft Arjan last van magische dwang. Hij is voortdurend bang dat zijn vrouw en twee dochters iets vreselijks zal overkomen. De gedachte dat zij ziek zullen

¹ In dit artikel wordt voor het lezersgemak 'patiënt' en 'hij' geschreven. Hier zou ook 'patiënte' en 'zij' kunnen staan.

worden of een ongeluk zullen krijgen is voor hem onverdraagbaar. Om dit te bezweren, voert hij allerlei rituelen uit. Arjan vertelt hierover dat hij wel weet dat zijn rituelen onmogelijk invloed kunnen hebben op het welzijn van zijn geliefden, maar dat hij de dwanghandelingen niet kan weerstaan. Vooral 's ochtends nemen de rituelen veel tijd in beslag, omdat Arjan dan geplaagd wordt door de gedachte dat er nog een volle dag voor hen ligt, met alle gelegenheid voor ongelukken en rampspoed. Het begint al bij het uit bed stappen: dit moet met zijn rechterbeen gebeuren. Wanneer hij een ander vertrek inloopt, zoals de gang en de badkamer, moet dit ook met zijn rechterbeen gebeuren. Als hij de trap afloopt, telt hij de treden. Als zijn concentratie verslapt, moet hij de trap opnieuw nemen. Bij het ontbijt zorgt hij ervoor dat alles een even aantal keer gebeurt. Hij smeert twee boterhammen, of een veelvoud daarvan. Hij drinkt twee koppen koffie. Hij geeft zijn vrouw en dochters twee zoenen. Al zijn handelingen moet hij overdoen als hij tijdens het uitvoeren van de handelingen een slechte gedachte had, net zo vaak tot hij de handelingen uitvoert zonder slechte gedachten. Hierdoor moet hij sommige handelingen vaak herhalen en nemen ze veel tijd in beslag. De schaamte voor de magische dwang is groot bij Arjan. Hij noemt het kinderachtig en onzinnig en is bang dat zijn dochters zijn gedrag zullen overnemen. Het risico dat zijn geliefden iets overkomt, is voor hem echter onaanvaardbaar, waardoor de dwangrituelen hardnekkig blijven bestaan.

Inleiding

Patiënten met de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) en hun behandelaren weten het maar al te goed: de standaardbehandeling voor OCS, cognitieve gedragstherapie, vraagt veel van beide partijen. Een belangrijk aspect van CGT, exposure met responspreventie, behelst het toetsen van verwachtingen door precies datgene te doen wat de patiënt angst aanjaagt. Dat vraagt om een stevige therapeutische relatie en een goede beheersing van cognitieve technieken van waaruit de patiënt aangemoedigd en gesteund wordt. De patiënt heeft een flinke dosis motivatie en doorzettingsvermogen nodig om tot klachtenreductie te komen. Helaas blijkt dat niet voor iedereen haalbaar: een deel van de patiënten voor wie deze behandeling geïndiceerd is, durft de strijd met dwang niet aan te gaan of stopt voortijdig.¹ Alternatieve psychotherapeutische behandelingen worden in de richtlijn niet genoemd. Wel wordt op dit moment onderzoek gedaan naar een dergelijke

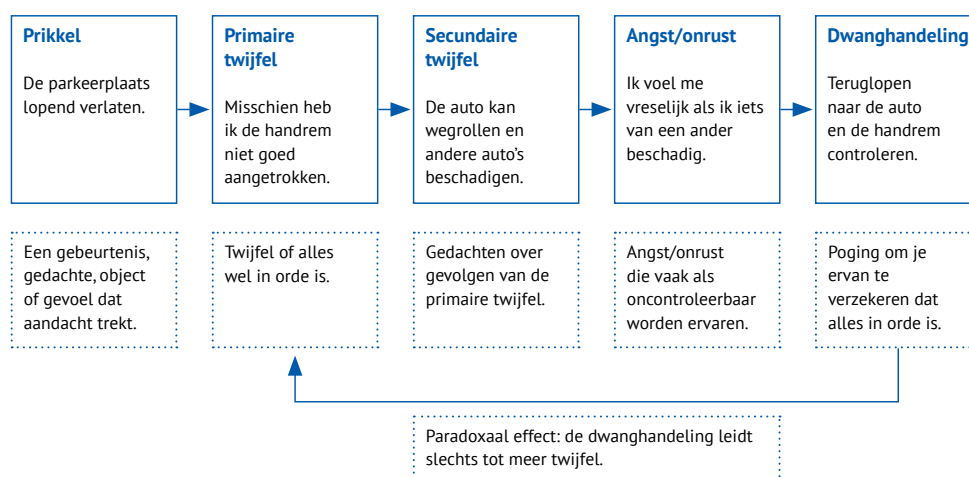
lijke alternatieve behandeling: de *Inference Based Approach* (IBA). In dit artikel leest u over de conceptualisatie van OCS volgens de IBA-methode en wat dit betekent voor de inrichting van de behandeling.

Obsessief twijfelen

De IBA-methode is ontstaan vanuit klinische observaties van patiënten met OCS in Canada. In 1995 merkten O'Connor en Robillard² op dat elke obsessie kan worden beschreven als een obsessieve twijfel: 'misschien heb ik de deur niet op slot gedraaid, misschien ben ik pedoseksueel, misschien zijn mijn handen besmet met *Salmonella*, misschien sterft mijn partner'. Het obsessief twijfelen wordt gevoed door het redeneerproces *inferential confusion*.³ Dit is het verwarren van datgene wat de patiënt met OCS zich kan inbeelden met datgene wat er hier en nu daadwerkelijk aan de hand is. De patiënt met OCS kan zich levendig inbeelden hoe het zou kunnen dat de gevreesde toestand aan de hand zou kunnen zijn. Zijn voorstellingsvermogen draagt hiervoor allerlei reële – en minder reële – argumenten aan. Geabsorbeerd door deze levendige voorstelling gaat de patiënt echter voorbij aan een cruciaal gegeven: er is in het hier en nu geen enkele aanwijzing dat het gevreesde scenario aan de hand is. Zodoende is hetgeen waar obsessief aan getwijfeld wordt in theorie vaak mogelijk, maar in de actuele situatie niet relevant. In het dagelijks leven vertrouwen mensen op hun waarneming om twijfel op te lossen: men voelt bijvoorbeeld even aan een kopje koffie bij de twijfel 'misschien is de koffie inmiddels koud'. Bij OCS is dit niet het geval en wordt het waarneembare ofwel niet ingezet ofwel terzijde geschoven als onbetrouwbaar.

De kern van IBA

In de IBA-methode wordt ervan uitgegaan dat de patiënt met OCS de noodzaak voelt om dwanghandelingen uit te voeren, omdat hij twijfelt over de toestand waarin hij zich begeeft. Deze twijfel kan gezien worden als een ingebeeld probleem, gevoed door het voorstellingsvermogen van de patiënt. De obsessieve twijfel kan worden opgesplitst in de primaire en de secundaire twijfel. Voor de primaire twijfel geldt dat dit het startpunt van dwang is. De secundaire twijfels betreffen de (vaak rampzalige) gevolgen, in het geval dat de primaire twijfel waar is. De dwanghandeling wordt ingezet om de primaire twijfel op te lossen: wanneer de



Figuur 1 Casusconceptualisatie Arjan: de IBA-dwangketen.

primaire twijfel immers niet zou bestaan, zou de dwanghandeling overbodig zijn. Het lukt echter per definitie niet om een ingebeeld probleem (de primaire twijfel) in de werkelijkheid (door het uitvoeren van de dwanghandeling) op te lossen. De patiënt zit klem tussen verbeelding en werkelijkheid. In figuur 1 is de casusconceptualisatie van Arjan vanuit het IBA-gedachtegoed weergegeven. Deze conceptualisatie kan gezien worden als een opeenvolgende ‘dwangketen’, beginnend bij de prikkel. Vanuit deze casusconceptualisatie wordt geredeneerd, dat er geen noodzaak meer is voor het uitvoeren van de dwanghandeling als de primaire twijfel wordt opgelost. Het doel van IBA is dan ook dat de patiënt een andere manier ontdekt om obsessieve twijfel op te lossen: door zich te baseren op (innerlijke) waarneming en kennis die de patiënt ook gebruikt in neutrale situaties. IBA is een cognitieve therapie, waarbij de patiënt nieuwsgierig moet worden gemaakt naar waarom de primaire twijfel zo echt lijkt. In de behandeling is het noodzakelijk dat de patiënt van een afstand naar het eigen redeneerproces leert kijken. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de spanning niet te hoog is. Daarom wordt expliciet van de patiënt gevraagd om zich niet te verzetten tegen de dwanghandeling. Pas als de patiënt in de situatie merkt dat hij niet meer twijfelt, maar vaststelt dat alles hier en nu in orde is en een dwanghandeling overbodig is, voert hij deze niet meer uit. Zodoende is er geen sprake van exposure met responspreventie.

Dit behandelgoal wordt bereikt via verschillende behandelcycli.

- De eerste fase behelst het in kaart brengen van alle dwanghandelingen en situaties die vermeden worden.
- Patiënt en behandelaar gaan op zoek naar de primaire en secundaire twijfel die verborgen zitten achter deze dwanghandelingen.

- Samen kiezen zij een eerste dwanghandeling uit om onder de loep te nemen.
- Met deze eerste dwanghandeling worden alle behandelafases doorlopen.
- Wanneer de patiënt geen aandrang meer voelt om de dwanghandeling uit te voeren (omdat de twijfel is opgelost), wordt een nieuwe behandelcyclus gestart en worden de behandelafases (verkort) herhaald met een volgende dwanghandeling.

De primaire twijfel achter de dwanghandeling herkennen

De behandeling is gebaseerd op het oplossen van de primaire twijfel. Een belangrijke eerste stap is dus de twijfel achter de dwanghandelingen te achterhalen. In de eerste fase van de behandeling staat assessment dan ook centraal. Patiënt en behandelaar beginnen met het opstellen van een lijst van alle dwanghandelingen en alle situaties die vanuit de obsessie vermeden worden. Een aantal voorbeelden van dwanghandelingen en bijbehorende primaire twijfels is te zien in tabel 1.

Om de primaire twijfel te achterhalen, vraagt de patiënt zich bij elke dwanghandeling af: ‘waar zou ik 100% zeker van moeten zijn om de dwanghandeling niet te hoeven uitvoeren?’ Soms zal de patiënt bij het beantwoorden van deze vraag in plaats van de primaire twijfel, een consequentie noemen (de secundaire twijfel). Het is aan de therapeut om dan door te vragen naar de toestand waarin deze consequentie zich kan voltrekken. Hierna volgt een gesprek tussen Arjan (A) en zijn therapeut (T) om zijn primaire twijfel te achterhalen.

dwanghandeling	voorbeeld van primaire twijfel
handen wassen na het aanraken van een deurklink	misschien zijn mijn handen besmet
een mes niet gebruiken	misschien steek ik mijn zoon neer
een vriendin bellen om te controleren of zij nog bevriend met mij wil zijn	misschien heb ik iets verkeerd tegen haar gezegd
het licht drie keer aandoen en weer uitschakelen	misschien sterft mijn oma
het controleren van de voordeur	misschien zit de deur niet op slot

Tabel 1 Voorbeelden van dwanghandelingen en een voorbeeld van een bijbehorende primaire twijfel.

T: *Waar moet je 100% zeker van zijn om niet naar de auto terug te hoeven lopen om de handrem te controleren?*

A: *Als ik er zeker van zou zijn dat mijn auto geen andere auto's zou beschadigen, zou ik niet terug hoeven lopen.*

T: *En wat zou er aan de hand moeten zijn waardoor jouw auto andere auto's zou kunnen beschadigen?*

A: *Nou, als ik de handrem niet goed heb aangetrokken.*

T: *Wat als je er 100% zeker van zou zijn dat je de handrem goed hebt aangetrokken? Zou je dan nog de behoefte voelen om terug te lopen en de handrem te controleren?*

A: *Nee, dat zou zinloos zijn.*

T: *Oké. Dus als ik je goed begrijp, voer je deze dwanghandeling uit als je betwijfelt of je de handrem goed hebt aangetrokken. Vanwege die twijfel, ga je controleren.*

Het obsessieve verhaal

Patiënt en therapeut kiezen samen een eerste dwanghandeling en bijbehorende primaire twijfel om mee aan de slag te gaan. De primaire twijfel voelt vaak levensecht, zelfs bij patiënten met een uitstekend ziekte-inzicht.

Tijdens deze fase wordt onderzocht waarom die twijfel zo levensecht en geloofwaardig voelt. Elke primaire twijfel wordt gevoed door argumenten die ondersteunen dat de gevreesde toestand wel degelijk aan de hand kan zijn.

De primaire twijfel staat dus niet op zichzelf, maar is een conclusie waaraan een redenering is voorafgegaan.

Tijdens deze fase van de behandeling krijgt de patiënt zicht op de argumenten die zijn twijfel ondersteunen. Hij ziet in dat de manier waarop hij tegen een situatie aankijkt, invloed heeft op hoe hij zich over de situatie voelt.

- **Stap 1.** De patiënt wordt gevraagd een standpunt over een neutrale situatie te verdedigen, zoals waarom zijn lievelingsrestaurant een goed restaurant is. De patiënt zal (eventueel met hulp) allerlei argumenten voor deze stelling kunnen bedenken. Hij en de therapeut bekijken samen het type argumenten dat hij hiervoor gebruikt (bijvoorbeeld: algemene kennis, van horen zeggen, regels/autoriteit, eerdere ervaring, logische beredene-

ring). De boodschap die overgebracht dient te worden is, dat het standpunt gezien kan worden als een conclusie, waaraan een redenering voorafgaat.

- **Stap 2.** Vervolgens wordt de vergelijking met de primaire twijfel gemaakt: ook deze kan gezien worden als een conclusie die logisch voortvloeit uit allerhande argumenten. Opnieuw wordt de patiënt gevraagd een standpunt te verdedigen. Ditmaal is het standpunt zijn primaire twijfel. De argumenten die de patiënt noemt worden zodanig uitgewerkt dat het tot in detail duidelijk wordt op welke wijze de primaire twijfel aan de hand zou kunnen zijn. Het resultaat is het obsessieve verhaal: een rijke, gedetailleerde beschrijving van hoe de beangstigende toestand aan de hand zou kunnen zijn. Kenmerkend aan dit obsessieve verhaal is dat het eigen vermogen om vast te stellen of de gevreesde toestand daadwerkelijk aan de hand is, volstrekt buiten beschouwing wordt gelaten. Hierna is het obsessieve verhaal te vinden dat Arjan en zijn therapeut schreven over de dwanghandeling: teruglopen naar de auto en de handrem controleren. De bijpassende primaire twijfel 'misschien heb ik de handrem niet goed aangetrokken' wordt hierbij als titel gebruikt.

Misschien heb ik de handrem niet goed aangetrokken

Misschien heb ik de handrem niet goed aangetrokken. Dit zou gebeurd kunnen zijn, doordat ik er met mijn gedachten niet bij was. Ik denk wel eens aan andere dingen, zoals aan wat ik vanavond ga doen, wat voor boodschappen ik moet halen, aan dingen die op het werk zijn gebeurd en wat we gaan eten. Als ik in gedachten ben, zit ik in een soort roes en kan het dus gebeuren dat ik vergeet de handrem aan te trekken. Ik ben ook wel eens spullen, zoals mijn sleutels, kwijtgeraakt, doordat ik er met mijn gedachten niet bij was. Verder zou het ook kunnen dat ik afgeleid raak net op het moment dat ik de handrem erop moet doen, bijvoorbeeld doordat de rijder iets aan me vraagt of doordat ik iets zie gebeuren in mijn omgeving. Het is nu eenmaal zo dat mensen snel afgeleid raken. Ik heb ook wel eens meegemaakt, ongeveer een half-

jaar geleden, dat ik de handrem niet goed heb aangetrokken en dat de auto wegrolde. Het zou ook kunnen dat ik dacht dat ik de handrem had aangetrokken, maar dat ik niet goed zag dat de handrem nog horizontaal stond, in plaats van schuin omhoog. Ik voel gewoon dat het vandaag verkeerd is gegaan.

Misschien overkomt mijn vrouw of dochters iets vreselijks en kan ik dat voorkomen door met mijn rechterbeen uit bed te stappen

Zolang ik mijn dwanghandelingen goed uitvoer, gebeuren er geen erge dingen. Ik stap nu al een half jaar met mijn rechterbeen uit bed en sinds die tijd is mijn vrouw en dochters niets ergs overkomen. Sterker nog, toen ik het een keer vergat te doen, viel mijn oudste dochter die dag op het schoolplein. Ze had een lelijke schaafwond. Het is nu eenmaal een gegeven dat mensen kwetsbaar zijn: ze vallen, krijgen een ongeluk, worden ziek, gaan dood. De gedachte dat ik dit voor mijn geliefden kan voorkomen is ineens in mijn hoofd geschoten. En als er ineens iets door je hoofd gaat, dan zal dat een reden hebben, het gebeurt niet voor niets. Misschien heb ik invloed op hun gezondheidstoestand omdat ze me zo ontzettend dierbaar zijn. Al is er maar een kleine kans dat ik hier invloed op kan hebben, dan ben ik het aan hen verplicht dit te doen. Het is immers maar een kleine moeite voor mij, als je ziet wat er tegenover staat. 's Ochtends moet ik extra mijn best doen, want er kunnen dan gedurende de hele dag nog vreselijke dingen gebeuren. 's Avonds is het dus minder erg als ik een vergissing maak, omdat ik bijna naar bed ga en de dag dan voorbij is. Dwanghandelingen van vandaag hebben geen invloed op morgen, de dag 'reset' als het ware.

In een later stadium van de behandeling wordt het obsessieve verhaal met de patiënt onderzocht op 'redeneertrucs'. Deze redeneertrucs zijn kenmerken van *inferential confusion*, waarbij een mogelijkheid verward wordt met de realiteit. Deze manier van redeneren maakt dat de patiënt hevig twijfelt en dat hij zijn waarneming buiten beschouwing laat. De patiënt leert in te zien hoe dit redeneerproces maakt dat hij volledig wordt meegezogen in het obsessieve verhaal. Zie tabel 2 voor een overzicht van redeneertrucs.

Het alternatieve verhaal

Patiënt en therapeut hebben nu tot in detail beschreven hoe de gevreesde toestand (de primaire twijfel) aan de hand kan zijn. Er staat een meeslepend obsessief verhaal op papier en het is duidelijk dat gedachten aan de dingen die tot de mogelijkheden behoren, de twijfel voeden. Nu is het tijd om het obsessieve onderwerp vanuit een neutrale, niet-obsessieve invalshoek te gaan bekijken. Er wordt gewerkt aan een verhaal dat haaks staat op het obsessieve verhaal: het alternatieve verhaal. Daarbij is het niet de bedoeling de patiënt te overtuigen van de juistheid van het alternatieve en de onjuistheid van het obsessieve verhaal. Het doel is merken dat het eigen waarnemingsvermogen ruimschoots toereikend is om het op te merken als het gevreesde aan de hand is en om te ervaren wat de invloed is van het neutrale verhaal.

Voor het alternatieve verhaal wordt gezocht naar neutrale situaties waarover de patiënt geen obsessie heeft, maar

redeneertruc	beschrijving	voorbeeld
categoriefouten	twee verschillende dingen verwarren	'Ik ben ook wel eens spullen, zoals mijn sleutels, kwijtgeraakt omdat ik er met mijn gedachten niet bij was, dus kan ik ook de handrem vergeten zijn aan te trekken.'
de ene gebeurtenis als bewijs voor de andere gebruiken	huidige situatie verwarren met een eerdere gebeurtenis	'Ik heb wel eens meegemaakt, ongeveer een halfjaar geleden, dat ik de handrem er niet goed op had gedaan en dat de auto wegrolde.'
feiten uit hun verband halen	een algemene regel op een specifieke situatie toepassen	'Het is nu eenmaal zo dat mensen snel afgeleid raken.'
puur ingebeeld verhaal	bedenken hoe iets kan	'Het zou kunnen dat ik afgeleid raak net op het moment dat ik de handrem erop moet doen.'
wantrouwen van normale waarneming	wantrouwen van werkelijkheidswaarneming	'Misschien heb ik het niet goed gezien dat de handrem nog horizontaal stond, in plaats van schuin omhoog.'
conclusies trekken in de omgekeerde volgorde	een conclusie trekken zonder het verzamelen van bewijs	'Ik voel gewoon dat het vandaag verkeerd is gegaan.'

Tabel 2 Redeneertrucs.



die wat waarnemingstaken betreft wel lijken op het obsessieve onderwerp. Het waarnemingsproces dat de patiënt in het dagelijks leven al gebruikt om de neutrale situatie te beoordelen kan hij inzetten om de obsessieve twijfel op te lossen. In het alternatieve verhaal wordt het waarnemingsproces van de neutrale situaties gekoppeld aan de obsessieve situaties. Dit wordt gedaan voor alle argumenten uit het obsessieve verhaal, zodat alle argumenten tegenwicht krijgen. Het alternatieve verhaal wordt zo een rijk en gedetailleerd verhaal met daarin verwerkt hoe de patiënt vaststelt dat alles in orde is. De patiënt moet bij het lezen van het alternatieve verhaal kunnen herkennen dat als hij kan zien, horen, ruiken, voelen, proeven of innerlijk waarnemen of iets wel of niet aan de orde is in de neutrale situatie, hij dat ook kan vaststellen in de obsessieve situatie. Zodoende moet het lezen van het alternatieve verhaal leiden tot de conclusie dat de patiënt het merkt als de gevreesde toestand aan de hand is. En, net zo belangrijk: dat als hij het niet waarneemt, het niet aan de hand is.

Hierna staat het alternatieve verhaal van Arjan. Hij heeft geen obsessie over het whiteboard op wielotjes dat hij op zijn werk gebruikt. De waarnemingstaak van het op de rem zetten van het whiteboard, lijkt op dat van het aantrekken van de handrem in de auto. De titel van het alternatieve verhaal staat haaks op zijn primaire twijfel 'misschien heb ik de handrem niet goed aangetrokken'.

De handrem is goed aangetrokken

Op mijn werk gebruiken we tijdens vergaderingen regelmatig whiteboards op wielotjes. Je kunt ervoor zorgen dat het whiteboard niet weggrolt door een remblokje in te trappen. Ik weet

dat het whiteboard op slot staat, als het remblokje naar beneden staat. Ik kan dat gemakkelijk zien. Als ik het remblokje intrap, hoor ik een klik, die mij vertelt dat het slot erop valt. Als ik tegen het whiteboard aanduw of stoot, voel en zie ik dat het niet weggrolt. Het komt vaak voor dat ik met een collega in gesprek ben, terwijl ik zo'n whiteboard verplaats. Ik ben dan met mijn aandacht bij het gesprek. Ik denk ook vaak al aan hetgeen ik tijdens de vergadering wil inbrengen, terwijl ik zo'n whiteboard verplaats. Dan heb ik mijn aandacht helemaal niet bij het whiteboard. Toch stel ik moeiteloos vast, dat ik de rem op het wielotje heb gezet. Met dezelfde tastzin, hetzelfde gehoor en zicht kan ik vaststellen dat ik de handrem van de auto heb aangetrokken.

Mijn vrouw en dochters zijn in orde

Ik heb jarenlang geen dwanghandelingen uitgevoerd en toen overkwamen mijn vrouw en dochters niets. Mijn moeder is mij ontzettend dierbaar, maar bij haar voel ik gewoon dat ik geen invloed heb op haar gezondheidstoestand. Zij heeft altijd voor me gezorgd en we hebben een sterke band, maar invloed op haar toestand heb ik niet, ik heb nu eenmaal geen superkrachten. Die bestaan ook niet. Dat voel ik van binnen. Als zij iets spannends te doen heeft of iets leuks voor de boeg, dan 'klop ik wel eens af op hout' dat dit goed zal gaan. Dat is eigenlijk een soort uiting van mijn wens, van dat ik het haar gun dat het goed loopt. Ik stel dan gemakkelijk vast dat dit afkloppen geen bezweringskracht heeft, maar een emotie is in plaats van invloed.

Wat wel invloed heeft op de gezondheidstoestand van mijn moeder is bijvoorbeeld het krijgen van een virus/bacterie, ongezond eten, slecht slapen en niet goed uitkijken bij het oversteken, zo vertelt mijn gezonde verstand mij. Er is geen reden om aan te nemen dat het anders is voor mijn vrouw en dochters.

Ik weet dat het goed gaat met mijn moeder. Dat kan ik namelijk aan haar zien; ze zit rechtop, loopt normaal, lacht, spreekt geen klachten uit, heeft een gezonde blos, een normale ademhaling en een normale dag routine. Er is geen enkele reden om me zorgen om de lichamelijke toestand van mijn moeder te maken. Als er niks is wat wijst op problemen in haar toestand, dan is er ook niks. Datzelfde geldt ook voor mijn vrouw en dochters.

Als mijn moeder 's ochtends in orde is, dan maak ik me de rest van de dag geen zorgen over haar gezondheidstoestand. Haar toestand hangt niet af van het tijdstip van de dag. Het maakt dan niet uit dat de dag nog vele uren heeft, ik weet dat het goed met haar gaat. Ik weet dat er geen reset-moment is als ik naar bed ga. Liefde die ik voel voor

mijn moeder, mijn vrouw en dochters blijft bestaan. Deze gevoelens stoppen niet als ik naar bed ga en komen niet opnieuw in de ochtend. De tijd is een oneindig proces, in plaats van iets dat ik reset.

Als het over mijn moeder gaat, dan weet ik dat wat mijn gezonde verstand mij te vertellen heeft over haar toestand en mijn invloed daar op, helemaal juist en toereikend is. Ik merk wanneer ze in orde is en wanneer dat niet geval is en ik overzie dat alleen haar gedrag en haar pech of geluk daar op van invloed zijn. Ik voel dat ik dat juist inschat. Dat zelfde gezonde verstand is geschikt om mee vast te stellen of mijn vrouw en dochters in orde zijn en dat ik daar geen andere invloed op heb dan gewoon een prettige betrouwbare vader en echtgenoot zijn.

Het vervolg van de IBA-therapie in vogelvlucht

De basis van de therapie is gelegd: de patiënt herkent zijn twijfel achter de dwanggedachten, hij is zich bewust van het meeslepende obsessieve verhaal en van de invloed van een verhaal op hoe je tegen situaties aankijkt. Hij is zich ervan bewust dat hij zich in obsessieve situaties baseert op wat er allemaal zou kunnen, en in neutrale situaties op wat hij hier en nu waarneemt. Het vervolg van de therapie bouwt voort op deze basis. Daarin moet het de patiënt duidelijk worden dat de obsessieve twijfel optreedt in een context die niet wijst op de aanwezigheid van gevaar en derhalve irrelevant is. Hij gaat op zoek naar het moment waarop hij de waarneembare werkelijkheid dreigt los te laten en zich te gaan baseren op het obsessieve verhaal dat zich aan hem opdringt. Hij leert dit moment te vertrouwen, zodat er een keuzemogelijkheid ontstaat: baseer ik mij op alles wat dwang aan mij opdringt, of op mijn waarneming en gezond verstand? De patiënt onderzoekt de redeneertrucs die in zijn obsessieve verhaal schuilen en hoe deze hem op een dwaalspoor zetten. Uiteindelijk zal hij in de obsessieve situatie herkennen dat dwang hem van alles vertelt, maar dat hij waarneemt dat hier en nu alles in orde is: de compulsie hoeft niet uitgevoerd te worden. Deze behandel fasen worden (verkort) herhaald met andere dwanghandelingen. Voordat de therapie wordt afgesloten, gaat de patiënt op zoek naar een persoonlijk thema dat centraal staat in zijn obsessieve twijfels. Hij leert dit thema kennen als een kwetsbaarheids-thema, dat maakt dat hij gevoelig is voor juist deze obsessieve verhalen. De patiënt leert om de leegte die is ontstaan

zonder het dwangmatige gedrag te verdragen en te ontdekken wie hij is zonder OCS. Tot slot wordt gewerkt aan een terugvalpreventieplan.

Onderzoek naar IBA: de arrIBA-studie

Eerder publiceerden Nederlandse onderzoekers een studie onder 90 patiënten met OCS met beperkt ziekte-inzicht, waarbij CGT met IBA werd vergeleken in een gerandomiseerde trial van 24-sessies. Uit deze studie bleek niet dat IBA tot een beter resultaat leidt dan CGT bij deze groep patiënten. Een post-hoc analyse wees uit dat een kleine groep patiënten met het minste ziekte-inzicht wel meer profiteerde van IBA dan van CGT.⁴

GGz Centraal lanceerde in 2019 een grote studie om de effectiviteit van IBA te vergelijken met CGT. Zeven GGZ-instellingen, verspreid door heel Nederland, doen mee om ruim 200 patiënten met OCS te vinden die willen deelnemen aan deze studie. In het Amsterdam UMC wordt bij een deel van de participanten voor en na de behandeling MRI-scans van het brein gemaakt. Zodoende wordt niet alleen de effectiviteit, maar ook het neurobiologische werkingsmechanisme van IBA onderzocht. Kijk voor meer informatie over het onderzoek en om eventueel een patiënt aan te melden op www.riba-studie.nl.

Tot slot

De inrichting van de IBA-behandeling doet vermoeden dat deze behandelvorm minder veeleisend is dan CGT. IBA zou daarmee een alternatief kunnen vormen voor patiënten die CGT weigeren of vroegtijdig uitvallen. Aangezien IBA een ander aangrijpingspunt hanteert dan CGT, is het wellicht een alternatief voor patiënten die onvoldoende baat hadden bij CGT.

Literatuur

Dit artikel is gebaseerd op het IBA-behandelprotocol dat gebruikt wordt in de arrIBA-studie, geschreven door dr. H.A.D. (Henny) Visser. Het behandelprotocol is een bewerking van de behandelrichtlijnen die zijn opgenomen in *Beyond Reasonable Doubt* van O'Connor, Aardema en Pelissier (2005) en *Clinician's Handbook for Obsessive Compulsive Disorder* van O'Connor en Aardema (2012).

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyxpert.nl

EINDTOETS

1. Wat wordt met inferential confusion bedoeld?

- De verwarring die de OCS-patiënt met beperkt ziekte-inzicht ervaart als hij merkt dat anderen zich niet herkennen in zijn twijfel.
- Het betwijfelen van de eigen vermogens om twijfels op te lossen.
- Een redeneerproces dat gekenmerkt wordt door het verwarren van zaken die de patiënt zich kan voorstellen met wat aan de orde is.

2. Wat is de secundaire twijfel van Arjan?

- Misschien heb ik de handrem niet goed aangetrokken.
- Misschien rolt mijn auto weg en beschadigt hij zo andere auto's.
- Misschien was ik in gedachten op het moment dat ik de auto parkeerde.

3. Welke bewering is juist?

Bewering 1. Het uitvoeren van de dwanghandeling is ineffectief voor het oplossen van de primaire twijfel.

Bewering 2. De spanning bij de patiënt moet tijdens de IBA-behandeling opgevoerd worden, om hem beter te doen beseffen wat de gevolgen van de primaire twijfel zijn.

Bewering 3. Het alternatieve verhaal moet de patiënt doen beseffen dat zijn obsessieve verhaal onjuist is.

Bewering 4. De gewenste uitkomst van de behandeling is dat de patiënt zich kan losmaken van het krachtige obsessieve verhaal en beseft dat het gevreesde scenario niet aan de hand is.

- bewering 1, 2 en 4 zijn juist
- bewering 2 en 4 zijn juist
- bewering 1 en 4 zijn juist
- alle beweringen zijn juist

4. 'Mijn buurman heeft vorig jaar veel schade geleden, omdat zijn droger in brand is gevlogen. Dat kan mij ook overkomen als ik het stoffilter niet uitgebreid inspecteer voordat ik de droger gebruik.' Van welk type redeneertruc is hier sprake?

- categoriefout
- de ene gebeurtenis als bewijs voor de andere gebruiken
- feiten uit hun verband halen
- puur ingebeelde verhalen

5. Ella raakt deurklinken niet met haar hand aan. Ze opent deuren met haar elleboog, of ze zorgt ervoor dat haar mouw om haar hand zit. Wanneer ze de deurklink toch met haar blote hand moet aanraken, hanteert ze achteraf een uitgebreid wasritueel. Wat is een mogelijk primaire twijfel van Ella?

- Misschien word ik ziek door het aanraken van de deurklink.
- Misschien word ik gek van de angst als ik de deurknop aanraak.
- Misschien zitten er schadelijke bacteriën aan de deurknop.

6. Welke vraag helpt de therapeut om de primaire twijfel te achterhalen?

- Waar moet je 100% zeker van zijn om de dwanghandeling niet meer te hoeven uitvoeren?
- Als... waar is, wat zou er dan gebeuren?
- Welke emotie komt er op als je de dwanghandeling niet zou uitvoeren?

7. Selecteer de criteria waaraan het alternatieve verhaal moet voldoen:

Criterium 1. De patiënt heeft geen obsessie met het beschreven onderwerp.

Criterium 2. Er wordt een obsessief onderwerp gekozen van een andere patiënt.

Criterium 3. Het alternatieve verhaal ligt zo voor de hand, dat de patiënt zich gaat afvragen hoe het obsessieve verhaal ooit heeft kunnen ontstaan.

Criterium 4. De waarnemingstaak die gebruikt moet worden voor het oplossen van de neutrale twijfel, lijkt op die van de obsessieve twijfel.

Criterium 5. Alle argumenten uit het obsessieve verhaal krijgen tegenwicht.

Criterium 6. Het verhaal is rijk en gedetailleerd.

Criterium 7. De gewenste conclusie na het lezen van het alternatieve verhaal is, dat de patiënt het zal opmerken als de gevreesde toestand aan de hand is én dat het niet aan de hand is als hij het niet waarneemt.

- de criteria 1, 2, 5, 6, 7 zijn juist
- de criteria 1, 3, 4, 6 zijn juist
- de criteria 1, 4, 5, 6, 7 zijn juist

8. De IBA-behandeling verloopt in fasen. Zet de volgende fasen in de juiste volgorde.

1. Vertragen van het moment waarop patiënt de waarneembare realiteit dreigt los te laten.
 2. Onderzoeken van het persoonlijke kwetsbaarheids-thema.
 3. Een keuzemoment creëren waarin patiënt herkent dat hij kan kiezen tussen meegaan met wat dwang aan hem opdringt of zich baseren op waarneming en gezond verstand.
 4. Schrijven van een alternatief verhaal.
 5. Een terugvalpreventieplan opstellen.
 6. Nauwkeurig in kaart brengen van dwanghandelingen, primaire en secundaire twijfel.
 7. De leegte verdragen die het loslaten van dwangmatig gedrag met zich meebrengt.
 8. Schrijven van een obsessief verhaal.
- 6, 8, 4, 1, 3, 2, 7, 5
 - 6, 3, 1, 8, 4, 5, 7, 2
 - 6, 8, 4, 3, 1, 2, 7, 5

9. De IBA-behandeling is effectief voor OCS-patiënten met gering ziekte-inzicht.

- juist
- onjuist

10. Wanneer de OCS-patiënt tot de slotsom is gekomen, dat hij over het vermogen beschikt om zich op zijn zintuigen en algemene kennis te baseren, wordt hij door de therapeut gestimuleerd om de dwanghandelingen achterwege te laten.

- juist
- onjuist