



IBA: therapie voor dwang, maar dan zonder exposure

DOOR HENNY VISSER

Geen kind durven aanraken omdat je bang bent dat je pedofiele neigingen hebt; nergens heen kunnen omdat je vreest dat je bacteriën verspreidt. Het is een kleine greep uit de nare gevolgen die de obsessieve compulsieve stoornis kan hebben. Een nieuwe cognitieve therapie, de *Inference Based Approach*, biedt uitkomst.

Dat er een nieuwe cognitieve therapie voor obsessieve compulsieve stoornis (OCS) is ontwikkeld, is goed nieuws, want de *Inference Based Approach* (IBA) is effectief terwijl de patiënt niets engs hoeft te doen. Dat laatste is belangrijk omdat veel patiënten met OCS cognitieve gedragstherapie (CGT) weigeren of niet afmaken omdat ze exposure met responspreventie te beangstigend vinden.

OCS is een ernstige aandoening die een forse wissel trekt op de kwaliteit van leven van de patiënt en diens naasten, en die meestal een chronisch beloop kent. Tot op heden is standaard CGT de meest effectieve behandeling voor OCS. Deze behandeling vraagt van de patiënt om de veiligheidsmaatregelen die hij neemt (dwanghandelingen) achterwege te gaan laten, zodat hij kan ontdekken dat de rampen die hij vreest niet optreden. Dit is moeilijk en soms erg beangstigend, zeker voor patiënten die overtuigd zijn van de noodzaak van hun dwanghandelingen. Veel patiënten weigeren dan ook CGT, of stoppen er vroegtijdig mee. Dat is erg omdat een spontaan herstel van OCS bijna nooit voorkomt. Een ander punt is dat lang niet iedereen (volgende) opknapt van CGT. Er is dan ook behoefte aan nieuwe behandelingen voor OCS. IBA is zo'n nieuwe

behandeling. IBA is niet beangstigend, heeft een ander aangrijpingspunt van dwangklachten dan CGT, en daarmee dus wellicht ook een ander werkingsmechanisme. IBA kan een alternatief zijn voor OCS-patiënten die niet van CGT opknappen of die CGT niet aandurven.

TWIJFEL

De Canadese grondleggers van IBA, O'Connor, Aardema en Pelissier, ontdekten dat patiënten met OCS twifelen of alles wel in orde is op een moment dat er informatie beschikbaar is die deze twijfel kan oplossen. Zij ontwikkelden daarna de IBA-behandeling en vergeleken deze met CGT.¹ Ze vonden geen verschil. Wel leek IBA effectiever dan CGT voor patiënten met een slecht realiteitsbesef. Visser en anderen toetsten daarom of IBA inderdaad effectiever is dan CGT voor patiënten met suboptimaal realiteitsbesef.² Zij vonden dat beide methoden effectief zijn (bij follow-up was Cohen's *d* binnen de CGT-groep 2,0, en binnen de IBA-groep 2,4). Zij vonden geen verschil tussen CGT en IBA bij patiënten met een matig realiteitsbesef, maar wel bij patiënten met een *slecht* realiteitsbesef. IBA bleek in die subgroep significant effectiever dan CGT (Cohen's *d* tussen de groepen 1,7). Ondertussen zijn de aannames en de effectiviteit van IBA aan een grote reeks studies onderworpen.³

IBA-RATIONALE

Obsessieve twijfel maakt onderdeel uit van de meeste vormen van OCS, waarbij de patiënt twijfelt aan acties, informatie of zichzelf en excessief rumineert



over dat er kwaad geschiedt, fouten optreden, of iets anders ongelukkigs aan de hand is of was. Een opmerkelijk gegeven is dat dit twijfelen en/of rumineren ingaat tegen de waarneembare realiteit. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt met dwangklachten die blijft twijfelen of de deur wel op slot zit, terwijl hij toch al een poosje aan een naar beneden geduwde deurklink trekt van een deur die hij zojuist zelf op slot deed. Wat daarbij opvalt, is dat de patiënt het horen, zien en voelen dat de deur op slot zit niet gebruikt om een einde te maken aan zijn twijfel. Interessant is ook dat de twijfel opkomt zonder dat er iets gebeurt wat erop wijst dat er iets met de deur of het deurslot aan de hand is (zoals een sleutel die hapert bij het rond-draaien). Met andere woorden: de twijfel berust op verbeelding, niet op waarneming.

Niet knokken maar kijken

Verbeelden is de werkelijkheid van dit moment even laten voor wat hij is en je levendig voorstellen wat er allemaal kan. Als iemand het op basis van verbeelding voor mogelijk houdt dat er iets niet in orde is (bijvoorbeeld: dat de deur niet op slot zit, er geen stof maar asbest in de gang ligt, hij pedofiele neigingen heeft, hij iemand voor de trein zal duwen, er sperma aan de deurklink zit etc.), dan maakt hij zich ook al snel zorgen over de mogelijke gevolgen van een dergelijke toestand (bijvoorbeeld: inbraak, kanker door asbest, een beschadigd kind, een treinongeluk, het verspreiden van sperma) en dan ervaart hij angst, spanning, walging en wil hij iets doen om dit af te wenden (een dwanghandeling). Baseert hij zich echter op de zintuiglijke of innerlijke waarneming en op *common sense* – precies zoals hij dat ook doet in situaties waarover hij geen obsessie heeft – dan is er geen twijfel en maakt hij zich geen zorgen over de mogelijke gevolgen. Dan is er geen hoogoplopende emotie en geen aandrang om een dwanghandeling uit te voeren.

Daarom richt de IBA-behandeling zich op het oplossen van obsessieve twijfel, door de patiënt te leren om zich actief op waarneming te baseren. Zolang dit nog niet lukt, voert deze zijn dwanghandelingen gewoon uit. Immers, als de patiënt dwanghandelingen moet beheersen die hij eigenlijk noodzakelijk acht, maakt dat hem in eerste instantie bang. Met andere woorden: in de IBA leert een patiënt niet knokken om sterker te

worden dan zijn angst, maar hij leert te kijken naar de werkelijke toestand van dit moment.

IBA-INTERVENTIES

De IBA-behandeling start met het inventariseren van alle dwanghandelingen die de patiënt verricht en alle situaties die hij vanwege zijn obsessies vermijdt. Daarbij wordt de twijfel (of zelfs overtuiging) achter elke dwanghandeling of vermindering in kaart gebracht. Hiervoor stelt de therapeut de patiënt de eenvoudige vraag waar hij 100% zeker van moet zijn, wil hij de dwanghandeling achterwege kunnen laten. De patiënt die handen wast na het boodschappen doen, moet er bijvoorbeeld 100% zeker van zijn dat er geen met hiv besmet bloed aan de boodschappen zit.

In samenspraak kiezen behandelaar en patiënt een eerste dwanghandeling uit en bewerken de achterliggende twijfel met de eerste stappen van het IBA-protocol. Is de geloofwaardigheid van deze twijfel voldoende afgenomen, en ervaart de patiënt dat de betreffende dwanghandeling overbodig is omdat hij waarneemt dat alles hier en nu in orde is, dan wordt een deel van het protocol herhaald voor de volgende dwanghandelingen.

Twijfel is het probleem

In oefeningen ontdekt de patiënt dat er een zogenaamde OCS-stappenreeks is waardoor angst en de neiging tot een dwanghandeling bij hem optreden; die begint met een trigger, gevolgd door twijfel, wat aanzet tot nadenken over de mogelijke gevolgen, waardoor dan weer angst en de neiging tot een dwanghandeling optreden. De patiënt oefent meerdere keren per dag met het achterhalen van de OCS stappenreeks – hij doet dat meteen nadat hij een dwanghandeling uitvoerde – en stelt zichzelf de vraag: ‘Wat zou daarvan overblijven als de twijfel niet waar was?’

Twijfel komt niet uit de lucht vallen

Obsessief twijfelen is innerlijk argumenteren over dat de gevreesde toestand (het gas is misschien nog aan, de deur is misschien niet op slot, er zit misschien met hiv besmet bloed aan de boodschappen) aan de hand zou kunnen zijn, en over hoe dat zou kunnen. De twijfel komt dus niet uit de lucht vallen, maar leunt op argumenten. Dat leert de patiënt door zich thuis een week lang meerdere malen per dag – weer steeds nadat hij

een dwanghandeling uitvoerde – af te vragen welke toestand hij vreesde en wat er daarbij door zijn hoofd ging over dat dit kan. In een volgende sessies verwerkt hij al die argumenten tot het levendige obsessieve verhaal dat hem er telkens van overtuigt dat er sprake is van de gevreesde toestand.

Met dezelfde ogen kijken

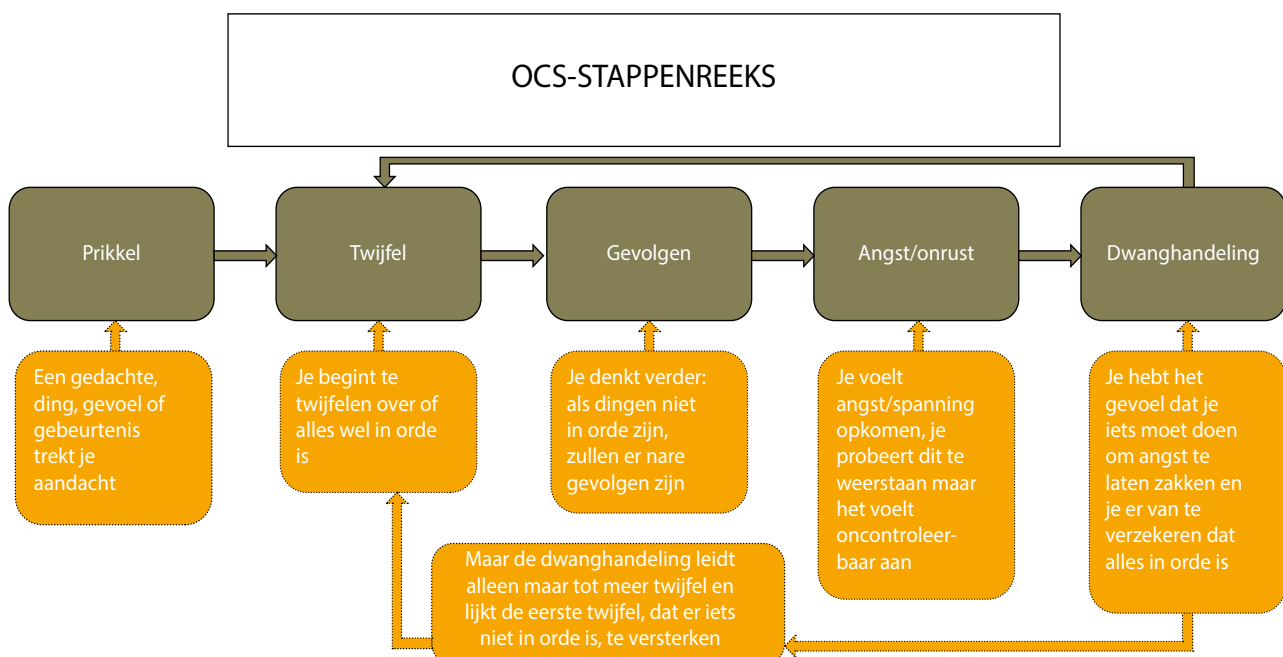
Dan volgt er iets belangrijks. De patiënt vraagt zich af over welke toestand hij niet obsessief twijfelt, een die qua waarneming veel lijkt op de toestand die hij vreest. Bijvoorbeeld: een patiënt die bang is dat er met hiv besmet bloed op de boodschappen zit, bedenkt zich dat hij gemakkelijk vaststelt dat er geen bessensap aan de boodschappen zit. In een alternatief verhaal beschrijft hij gedetailleerd hoe hij vaststelt dat de boodschappen schoon zijn (dat er geen bessensap op zit). Hij beschrijft waar hij het aan merkt als er wel bessensap aan zit, en waar hij zich op baseert als hij vaststelt dat dit niet het geval is. Het doel van deze oefening is dat de patiënt opmerkt dat hij op andere gronden vaststelt of alles in orde is bij zaken waarover hij geen obsessie heeft, dan bij zaken waarover hij wel een obsessie heeft, terwijl hij voor beide vaststellingen dezelfde ogen, oren, neus, tastzin en innerlijk waarnemingsvermogen beschikbaar heeft. Nog een voorbeeld: twijfelt de patiënt over onzichtbare gevaren zoals bacteriën of virussen, dan zoekt hij

Dit artikel gaat over de rationale van de IBA-behandeling voor OCS en over de IBA-interventies. Verder komt de *arrIBA* studie aan bod: het onderzoek dat GGz Centraal momenteel uitvoert naar de effectiviteit en het werkingsmechanisme van IBA. Dit wordt gedaan in samenwerking met Amsterdam UMC (locatie VUmc), zes andere ggz-instellingen en ervaringsdeskundigen.

naar een ander onzichtbaar gevaar waarover hij geen obsessie heeft en beschrijft hoe hij voor zichzelf vaststelt of dat aan de orde is. En twijfelt hij over innerlijke zaken (bijvoorbeeld: misschien ben ik pedofiel) dan beschrijft hij hoe hij voor zichzelf vaststelt of andere innerlijke zaken, waarover hij geen obsessie heeft, aan de orde zijn. Gaat het om magische dingen (bijvoorbeeld: misschien sterft mijn dierbare als ik dit niet recht zet) dan beschrijft hij hoe hij vaststelt dat andere objecten scheef kunnen blijven staan, of dat andere dierbaren niet getroffen worden. Het alternatieve verhaal leest de patiënt herhaaldelijk, op de momenten waarop hij rustig is en geen aan-drang heeft tot dwangmatig handelen. Het doel is dat hij zich realiseert dat hij hier en nu informatie heeft die zijn obsessieve twijfel kan oplossen.

Kennis die oppopt

Als iemand naast je niest en jij daarbij spettertjes op je handen voelt, is dat aanleiding om te veronderstellen dat je handen besmet zijn en ligt het voor de hand om



je handen te wassen. De aanname dat er hier en nu iets niet in orde is en dat er ingegrepen moet worden, volgt hier op een gebeurtenis die daarop wijst. Dit geldt nooit voor obsessieve twijfels. Die volgen altijd op het je bedenken dat er iets onwenselijks aan de hand kan zijn, en waarom en hoe. Daarbij is het startpunt dus kennis die ‘oppopt’ in plaats van een gebeurtenis die voorvalt. Thuis observeert de patiënt een week lang, waar de aandrang tot het uitvoeren van de dwanghandeling mee begint. Hij ondervindt dan dat obsessieve twijfels altijd beginnen met bedenken dat iets kan, en dat er op het moment van twijfel nooit iets is wat er op wijst dat dit in het hier en nu aan de hand is. Het is niet de bedoeling dat de patiënt iets doet met dit inzicht; het gaat er alleen om dat hij merkt dat zijn twijfel altijd begint met te bedenken dat iets ‘kan’.

Verbeelden in een irrelevante context

In de week daarop ervaart de patiënt aan de hand van oefeningen dat enkel het feit dat iets ‘kan’, voor hem normaal gesproken geen reden is om tot actie over te gaan. Dat wil zeggen, bij de talloze beslissingen over ‘dwangvrije’ onderwerpen die hij dagelijks neemt. De patiënt bedenkt bijvoorbeeld: ‘je kunt lelijk vallen als je veter los zit, en veters kunnen los gaan. Toch check ik niet honderd keer per dag of ze nog vast zitten; ik kom pas in actie als ik voel dat mijn schoen loszit.’ Kortom, iets vraagt niet zozeer om een ‘oplossing’ als het kan; nee, daarvoor moet het hier en nu ook daadwerkelijk aan de orde zijn. Ook met dit inzicht doet de patiënt nog even niets. Het doel van de oefeningen is niet dat hij zijn dwanghandeling achterwege laat, maar dat hij zich realiseert dat obsessieve twijfels opkomen in een irrelevante context.

Vertragen en kiezen

Vanuit het opgedane besef dat hij kan worden opgeslokt door zijn verbeelding gaat de patiënt vervolgens op zoek naar het moment waarop hij ‘de oversteek maakt’ van het zich baseren op waarneming naar het zich baseren op verbeelding. Hij oefent met het vertragen van zijn redeneerproces door 1 minuut halt te houden bij de eerste aandrang tot de dwanghandeling. Hij staat stil bij wat zijn waarneming te vertellen heeft, en wat zijn verbeelding. En hij neemt de tijd om zich te beseffen dat hij kan kiezen: als hij op dat moment

ervaart dat alles hier en nu in orde is kan hij zijn dwanghandeling achterwege laten, maar het hoeft niet. Het doel van deze oefening is dat de cliënt gaat herkennen dat hij een keuze heeft als hij er op tijd bij is.

Schreeuwerige waarheden

Gaat alles goed, dan wordt de patiënt vaak erg nieuwsgierig naar waarom obsessieve twijfel zo echt lijkt. De therapeut legt dan voor dat obsessieve verhalen meestal gaan over dingen die kunnen, over gebeurtenissen die eerder of elders ook al eens hebben plaatsgevonden, die logisch zijn en waarvoor onomstotelijke bewijzen bestaan. Obsessieve verhalen staan dus bol van de schreeuwerige waarheden die je afleiden van hetgeen er hier en nu waarneembaar aan de orde is. Kijk je nauwkeurig naar het redeneerproces in die verhalen, dan ontdek je typische OCS-redeneertrucs die ervoor zorgen dat je niet in de gaten hebt dat niets van het verhaal hier en nu van toepassing is. Beginnen met een conclusie zonder een enkele aanwijzing is een voorbeeld van zo’n truc, of iets verzinnen en vervolgens concluderen dat het wellicht aan de orde is (omdat het zou kunnen). Of nog een: met stelligheid beweren dat je sommige dingen fout ziet of hoort. De patiënt leert de zes meest beruchte OCS-trucs kennen en ontleedt samen met de therapeut zijn obsessieve verhaal. Thuis, steeds als hij de aandrang krijgt tot de betreffende dwanghandeling, neemt de patiënt de tijd om na te gaan of één van de OCS-redeneertrucs bij hem actief is. Zo ontdekt de patiënt ook *on the spot* dat de twijfel logisch lijkt, maar dat die onjuist is. Daarmee kan hij de twijfel verwerpen.

Rode draad

Zodra de patiënt de eerste dwanghandeling met een gerust hart kan nalaten, herhaalt hij bovenstaande interventies voor volgende dwanghandelingen van de lijst. Ook gaat hij op enig moment na wat hij over zichzelf zeker zou moeten weten om alle dwanghandelingen met een gerust hart achterwege te kunnen laten; hij zoekt naar de rode draad in al zijn obsessieve twijfels en ontdekt bijvoorbeeld dat hij betwijfelt een opmerkzaam iemand te zijn, of hij ontdekt dat hij betwijfelt of hij zijn eigen voorkeuren kent. Hierdoor gaat de cliënt beter begrijpen waarom hij juist gevoelig is voor ingebeerde verhalen met dit thema, en niet voor andere obsessies. Ook over deze persoonlijke

twijfels schrijft hij een obsessief verhaal en een alternatief verhaal. Dat laatste verhaal vertolkt wie hij werkelijk is; het geeft hem aanwijzingen voor waar hij de tijd mee kan vullen die vrijkomt als zijn dwanghandelingen niet meer uitgevoerd hoeven worden.

INDICATIE, CONTRA-INDICATIE EN VALKUILEN

Juist de patiënten die hun dwanggedachten redelijk en geloofwaardig vinden en die hun dwanghandelingen noodzakelijk achten – dat wil zeggen patiënten met een in DSM-5-termen slecht realiteitsbesef – profiteren van IBA,² waarschijnlijk omdat met IBA specifiek wordt gewerkt aan het versterken van de realiteitstoetsing. Daarvoor moet de patiënt kunnen reflecteren op zijn redeneerproces. Dat in een IBA-behandeling de dwanghandelingen uitgevoerd worden zolang de patiënt dit nodig acht, maakt dit reflecteren waarschijnlijk makkelijker. Een valkuil voor de behandelaar is dan ook om te zeer gericht te zijn op vlotte afname van dwanghandelingen.

Noot: IBA doet een appel op abstract denken, daarmee zou de therapie patiënten met een zeer laag IQ kunnen overvragen.

Er zijn nog geen studies gedaan naar de effectiviteit van IBA-interventies in een CGT-behandeling en vice versa. In theorie kan het zinnig zijn om ook in een CGT-behandeling te wijzen op de beschikbare zintuiglijke informatie die obsessieve twijfel kan oplossen en op dat de patiënt zich in andere, niet-obsessieve situaties, wel intuïtief op de eigen waarneming baseert.

DE ARRIBA-STUDIE

GGz Centraal initieerde onlangs een landelijk onderzoek (www.arrIBA-studie.nl) waaraan zes andere ggz-instellingen en Amsterdam UMC meedoen, met als doel vast te stellen of IBA voor mensen met dwangklachten even effectief is als CGT; wat of de hersenrespons is op beide methoden; of voorspeld kan worden wie beter profiteert van IBA en wie van CGT; en of IBA en CGT een ander werkingsmechanisme hebben. Ook wordt hierin onderzocht of en voor wie IBA beter te verdragen is dan CGT.

ZonMw kende hieraan een subsidie toe, vanuit het onderzoeksprogramma ggz. Ervaringsdeskundigen met dwangklachten maken onderdeel uit van de projectgroep. Zij adviseren over een patiëntvriendelijke

onderzoeksopzet en becommentariëren alle interventies, huiswerkopdrachten en andere patiëntinformatie. Het onderzoek loopt tot eind 2022. Wellicht knappen er meer mensen met dwang op als CGT en IBA allebei regulier worden aangeboden. Idealiter krijgt straks iedereen met dwangklachten meteen de behandeling die het best bij hem of haar past.

arrIBA

MEER WETEN OVER IBA?

In het najaar verschijnt er een Nederlandstalig handboek over IBA. Tot die tijd is het Engelstalige handboek van de grondleggers een aanrader.⁴ Voor een IBA cursus en -supervisie kunnen lezers contact opnemen met Henny Visser.

REFERENTIES

1. O'Connor, K., e.a. (2005). Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavioural Therapy*, 34, 148-163.
2. Visser, H., e.a. (2015). Inference-Based Approach versus Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight: A 24-Session Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom.*, 84(5), 284-93.
3. Julien, D, e.a. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *J Affect Disord.*, 202, 187-96.
4. O'Connor, K. & Aardema, F. (2011). *Clinicians handbook for Obsessive-Compulsive Disorder*. New Jersey: Wiley-Blackwell.

Henny Visser is psychotherapeut en supervisor VGCT bij het CVP van GGzCentraal, afdeling Marina de Wolfcentrum voor patiënten met complexe angst- en dwangstoornissen. Ze is hoofdonderzoeker van de arrIBA studie en coördinator van de onderzoekslijn angst- en dwangstoornissen van GGzCentraal. E-mail: h.visser1@ggzcentraal.nl

