



in gesprek over:

Dwangstoornis

Colofon

Auteurs:

A.J.L.M. van Balkom
I.M. van Vliet

Redactie:

E. van Meekeren (voorzitter)
M.A.V. van Verschuer
E.A.M. Knoppert-van der Klein
A.W.M.M. Stevens

Met dank aan de Angst, Dwang en Fobiestichting voor de waardevolle bijdrage aan de tekst van deze folder vanuit patiëntenperspectief.

Publicatie:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Drukkerij en distributie:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten

Grafisch ontwerp:

Studio PXL, Maastricht, info@studiopxl.nl

Copyright ©:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 1994

Dwangstoornis

Iedereen kent vaste gewoonten en routine handelingen. Zo controleren veel mensen het gas, licht en de sloten voordat ze naar bed gaan, terwijl ze eigenlijk weten dat het gas en licht uit zijn, en de deur op slot is. Zo'n extra controle geeft een gevoel van veiligheid in een situatie die risico met zich mee zou kunnen brengen. Als het risico groter wordt, bijvoorbeeld bij vertrek voor een vakantie van drie weken, controleren veel mensen hun huis extra goed. Soms rijdt iemand zelfs nog een keer terug om te zien of het gas echt uit is en de deur op het nachtslot. Dit soort herhalingsgedrag is normaal.

Er is geen sprake meer van een normale vorm van controleren, wassen of herhalen als mensen een groot deel van de dag hiermee bezig zijn, en de angst en onveiligheid hun leven gaat beheersen. We spreken dan van een dwangstoornis of obsessieve compulsieve stoornis.

Verschijnselen

De dwangstoornis of obsessieve compulsieve stoornis kenmerkt zich door het optreden van dwanggedachten (ook wel obsessies genoemd) en/of dwanghandelingen (ook wel compulsies genoemd).

De dwangstoornis wordt gekenmerkt door dwanggedachten en/of dwanghandelingen.

Dwanggedachten zijn terugkerende gedachten of voorstellingen die zich aan de patiënt opdringen, en die als misplaatst beleefd worden. Ze gaan gepaard met angst of onrust. Omdat dwanggedachten hinderlijk en schaamtevol zijn, probeert de patiënt er weerstand aan te bieden door ze te negeren, te neutraliseren of te stoppen. Dat kan gebeuren door het uitvoeren van dwanghandelingen. Dwanghandelingen moeten bij herhaling worden uitgevoerd en dienen ter geruststelling, of om angst en onrustgevoelens te verminderen. Soms gebeurt deze geruststelling in gedachten. Ook dan spreekt men van dwanghandelingen, omdat deze gedachten ook tot doel hebben angst en onrust te verminderen.

Patiënten met een dwangstoornis weten heel goed dat hun gedachten en gedragingen overdreven zijn en eigenlijk niet nodig. Ze schamen zich er vaak voor en voeren de handelingen in het geheim uit. Toch kunnen deze mensen hun dwanggedachten niet stoppen en hun handelingen niet achterwege laten.

Er zijn mensen die vele uren per dag last hebben van dit soort klachten. Er bestaan verschillende vormen van een dwangstoornis. Meestal hangen dwanggedachten en dwanghandelingen inhoudelijk met elkaar samen. Iemand kan bijvoorbeeld dwanggedachten hebben dat hij vies is of besmet en bang dat hij andere mensen zal besmetten. Deze patiënten gaan zich overdreven wassen of hun huis op overdreven wijze schoonmaken. Ze vermijden het contact met spullen die in hun ogen vies of besmet zijn. Soms ontvangen ze geen bezoek meer thuis of laten ze huisgenoten die van buiten komen eerst douchen en schone kleren aantrekken voordat ze de huiskamer in mogen. Wanneer iemand dwanggedachten heeft dat hij een ramp kan veroorzaken door onachtzaamheid met bijvoorbeeld gas, elektriciteit, huishoudelijke apparaten, met autorijden of door allerlei administratieve handelingen slordig uit te voeren, kunnen controlehandelingen ontstaan van gas, licht, water en elektrische apparaten.

Belangrijke verschijnselen van de dwangstoornis zijn de dwanggedachten, dwanghandelingen, gedachtenrituelen en vermijdingsgedrag.

Een paar voorbeelden. Tijdens het autorijden moet de bestuurder vaak uitstappen om te zien of hij niet iemand aangereeden heeft. Administratie komt niet op tijd klaar, omdat iemand steeds maar weer opnieuw enveloppen moet openen om te zien of hij de giro-overschrijvingen wel goed heeft ingevuld. Om deze dwang te vermijden gebruiken sommige mensen delen van hun huis niet meer, durven ze niet meer op gas te koken, of doen ze in het geheel geen administratie meer. Andere patiënten hebben last van godslasterlijke, ‘verkeerde’ of seksueelgetinte gedachten, en moeten alle handelingen herhalen die ze met verkeerde gedachten hebben uitgevoerd, maar nu met de ‘goede’ gedachten. Weer andere mensen hebben last van verzameldwang. Zij vinden het moeilijk om spullen weg te gooien, omdat ze bijvoorbeeld bang zijn waardevolle papieren bij de vuilnis te stoppen. Het huis van deze mensen raakt overvol.

Vaak moeten mensen met dwanghandelingen tellen bij het uitvoeren ervan. Dit tellen moet gebeuren tot een bepaald nummer, bijvoorbeeld drie. Als iemand bij het tellen gestoord wordt, moet de handeling herhaald worden tot zes, daarna tot twaalf en zo verder.

Gevolgen

Uit de bovenstaande beschrijving zal duidelijk zijn dat een dwangstoornis veel negatieve gevolgen heeft voor de patiënt en zijn directe omgeving. Door de dwangklachten kunnen spanningen ontstaan tussen de patiënt en zijn partner en gezin. Wanneer de klachten bij kinderen aanwezig zijn kunnen er ruzies ontstaan tussen het kind en zijn ouders. Enerzijds kan dit doordat de direct betrokkenen de klachten niet begrijpen en boos worden omdat ze vinden dat de patiënt onredelijk of onzinnig doet. Anderzijds kunnen spanningen ontstaan omdat huisgenoten vaak door de patiënt gedwongen worden met de vermindering mee te doen, of om dwanghandelingen uit te voeren, zodat de patiënt niet angstig wordt.

De dwangstoornis kan negatieve gevolgen hebben voor de patiënt en zijn omgeving op vele gebieden (relatie, gezin, werk, sociale contacten, financiën).

Ook op het werk zijn er gevolgen. Patiënten kunnen zoveel tijd met hun dwanghandelingen of dwanggedachten bezig zijn dat ze hun werk niet op tijd gereed hebben. Soms wordt werken onmogelijk. Bijvoorbeeld een verpleegkundige die geen medicatie meer uit durft te delen omdat ze bang is onherstelbare fouten te maken. Of een administrateur die bang is verkeerde brieven te verzenden, of iemand die steeds allerlei gedragingen moet herhalen, waardoor er niets meer uit zijn handen komt. Soms kan iemand zijn werk niet meer verrichten, en moet hij zich ziek melden door de dwangstoornis.

In het sociale leven zijn patiënten vaak eenzaam. Dat komt omdat ze uit schaamte weinig mensen durven te vertellen wat er met hen aan de hand is. Ze durven niemand thuis uit te nodigen vanwege angst voor besmetting of schaamte dat de verzameldwang gezien wordt. Tijdens sociale activiteiten zit het hoofd van mensen met een dwangstoornis vaak vol met dwanggedachten en gevaren. Ze kunnen zich niet goed concentreren op datgene wat er gebeurt omdat hun angsten hen voortdurend bezig houden. In de woonsituatie kunnen problemen ontstaan bij bijvoorbeeld mensen met een verzameldwang. Deze krijgen vaak last met burens of verhuurders vanwege de veroorzaakte vervuiling in hun huis. Mensen met wasdwang daarentegen zijn heel schoon. Zij kunnen problemen krijgen met het waterleidingbedrijf vanwege het gebruik van grote hoeveelheden water.

Vóórkomen en beloop

De dwangstoornis komt bij ongeveer 2 % van de bevolking voor, vrijwel even vaak bij vrouwen als bij mannen. In het grootste deel van de gevallen ontstaan de klachten rond het 20e jaar, maar de aandoening kan op alle leeftijden optreden. In een kleiner deel van de gevallen ontstaan de klachten al in de kindertijd. Men heeft aanwijzingen dat bij deze laatste groep patiënten de dwangstoornis vaak in de familie voorkomt en dat er een overlap is met klachten van tics, zoals bij de ziekte van Gilles de la Tourette. Bij deze groep ontstaat de dwangstoornis vaak zonder duidelijke aanleiding. In de kindertijd zijn er meer jongetjes die last hebben van de dwangstoornis dan meisjes. Wanneer dwang op latere leeftijd ontstaat, gebeurt dit dikwijls na ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld op kamers gaan wonen en stress op het werk of een bevalling.

Zonder behandeling blijven dwangklachten bestaan.

De ernst van de klachten kan wisselen in de tijd. Soms komt dit door een levensgebeurtenis die stress oproept, soms is een aanleiding voor de verergering of verbetering niet aan te geven. In het algemeen geldt dat de dwangstoornis niet vanzelf overgaat. Wel is de aandoening goed te behandelen. Het komt nog al eens voor dat patiënten met een dwangstoornis in de loop van hun leven ook klachten krijgen van somberheid en niet meer kunnen genieten. Soms ontstaat een depressie. Ook kan er sprake zijn van andere psychiatrische stoornissen.

De dwangstoornis kan gepaard gaan met een depressie of andere psychiatrische stoornissen.

Oorzaken

Waarschijnlijk ontstaan de klachten door een combinatie van factoren; er is niet duidelijk één oorzaak van de dwangstoornis te geven.

Erfelijkheid

Uit diverse onderzoeken is bekend dat erfelijkheid een rol speelt bij het ontstaan. Dat geldt vooral wanneer dwang al ontstaat in de kindertijd.

Kinderen van een ouder met een dwangstoornis hebben een verhoogde kans om ook een dwangstoornis te krijgen. Dit gebeurt echter niet altijd. Erfelijke factoren vormen niet de enige verklaring voor het ontstaan van de dwangstoornis.

Omgevingsfactoren

Ook omgevingsfactoren spelen een rol. Wanneer de dwangstoornis op oudere leeftijd ontstaat is dit vaak na een ingrijpende levensgebeurtenis of na stress, bijvoorbeeld een lichamelijke ziekte, een bevalling, een verhuizing of ander werk. Vaak neemt door deze levensgebeurtenis de verantwoordelijkheid van de betreffende persoon toe. Daardoor kan hij zo onzeker worden, dat hij allerlei gedrag gaat herhalen, hetgeen over kan gaan in een dwangstoornis. In zeldzame gevallen ontstaat de dwangstoornis na een hersenaandoening. In de kindertijd kan dat een ernstige keelinfectie zijn met bepaalde bacteriën, waardoor het functioneren van bepaalde delen van de hersenen niet goed meer in evenwicht is. Soms kan de dwangstoornis ontstaan na een hersenbloeding, een hersengezwel of een ernstige hersenkneuzing. Waarschijnlijk speelt opvoeding bij de meeste patiënten geen oorzakelijke rol. De dwangstoornis ontstaat niet door het gebruik van cafeïne, alcohol en/of drugs.

Er is niet één duidelijke oorzaak te geven voor het ontstaan van de dwangstoornis. De stoornis ontstaat door een combinatie van factoren.

Wat gebeurt er in de hersenen?

Bij mensen met een dwangstoornis is veel onderzoek gedaan naar de functie van de hersenen. Uit dit biologisch onderzoek is gebleken dat bepaalde delen van de hersenen actiever en andere delen minder actief zijn. Sterk vereenvoudigd zou gezegd kunnen worden, dat de remfunctie van bepaalde hersengebieden op gedachten en handelingen bij patiënten met een dwangstoornis minder goed werkt. Hierdoor hebben deze mensen bijvoorbeeld aan éénmaal controleren van het slot niet voldoende om een goed gevoel te hebben dat de deur echt op slot zit.

Stoffen die als boodschapperstof werkzaam zijn in die hersengebieden, zogenaamde neurotransmitters, zijn serotonine en dopamine. Ze zorgen voor een goede overdracht van boodschappen tussen de verschillende hersengebieden. Bij de dwangstoornis kan er sprake van zijn dat deze stoffen

‘uit balans’ zijn. De oorzaken van deze verstoorde balans is eerder aangegeven bij ‘Oorzaken’. Met een goede behandeling kunnen de dwangverschijnselen afnemen en wordt de balans in de hersenen weer hersteld. Dit gebeurt zowel bij behandeling met medicijnen als met cognitieve gedragstherapie. Uit biologisch onderzoek is gebleken, dat beide vormen van behandeling de eerder genoemde overactiviteit van sommige hersengebieden kunnen verminderen.

Behandeling

De dwangstoornis is in de meeste gevallen goed te behandelen. Afhankelijk van de verschijnselen en de ernst van de aandoening bestaat de behandeling uit cognitieve gedragstherapie, medicatie, of een combinatie van beide. Door de behandeling nemen de dwanggedachten en de dwanghandelingen af. Ook verminderen de angsten waarmee dwanggedachten gepaard gaan en treedt minder vermijdingsgedrag op.

Cognitieve gedragstherapie

Deze behandeling bestaat uit cognitieve therapie en gedragstherapie. Doel van een dergelijke behandeling is het leren omgaan met dwanggedachten, het achterwege laten van dwanghandelingen en het doorbreken van vermijdingsgedrag.

Cognitieve therapie is vooral gericht op de angst- en rampgedachten die iemand heeft wanneer hij in contact komt met bijvoorbeeld vuil (‘Ik word besmet met bacteriën die in dat vuil zitten en ga dood’) of elektrische apparaten (‘Dadelijk veroorzaak ik kortsluiting en ontstaat er brand waarbij veel mensen om het leven komen’). Een eerste stap is om deze situaties en de koppeling met de rampgedachten te herkennen. De volgende stap is om te leren dat deze rampgedachten vaak geen reële basis hebben. Wat is bijvoorbeeld de kans dat iemand doodgaat wanneer hij in contact komt met vuil? De betreffende persoon leert in deze behandeling om de rampgedachten te vervangen door meer reële gedachten, die minder angst veroorzaken (‘Vuil komt overal voor. Ik vind het niet prettig om vies te worden, maar het is niet gevaarlijk.’).

De gedragstherapie richt zich vooral op de dwanghandelingen met de volgende oefeningen: exposure in vivo (blootstelling aan de beangstigende situatie) gevolgd door responspreventie (het stoppen van de dwangreactie). Bij exposure in vivo wordt de betrokkene gevraagd om stapsgewijs angstwekkende situaties op te gaan zoeken. Meestal wordt begonnen met de minst moeilijke situaties (een beetje vuile aarde bekijken van dichtbij) en geleidelijk aan wordt de oefening uitgebreid (aarde uit de tuin met blote handen aanraken

of zonder handen wassen een boterham opeten). Men moet zolang mogelijk in zo'n situatie blijven, zodat men kan merken dat de angst afneemt en de situatie eigenlijk helemaal niet angstwekkend is. Op deze manier dooft de angst geleidelijk uit. Nadat de patiënt zich in de angstwekkende situatie heeft begeven heeft hij de neiging zijn rustgevende dwanghandelingen uit te gaan voeren. Dat wordt eveneens stapsgewijs 'afgeleerd'. Dit deel van de behandeling wordt responspreventie genoemd.

Bij al deze elementen geldt dat er om effect te bereiken veel geoefend moet worden. Cognitieve gedragstherapie is dus een vorm van behandeling waarbij een actieve inzet van de patiënt wordt gevraagd en huiswerkopdrachten moeten worden gedaan. Een behandeling duurt meestal drie tot zes maanden. Het is zinvol dat de patiënt de oefeningen zelf blijft herhalen, eventueel met behulp van een "opfrisbijeenkomst".

Cognitieve gedragstherapie is een training om de dwanggedachten en dwanghandelingen de baas te worden.

Behandeling met medicatie

Bij de behandeling van de dwangstoornis worden antidepressiva gebruikt, en vooral die antidepressiva die werken op het serotoninesysteem van de hersenen, de zogenaamde serotonine heropnameremmers (SSRI's). Dit zijn medicijnen die oorspronkelijk ontwikkeld zijn voor de behandeling van depressies, maar die ook effectief zijn bij de behandeling van een aantal andere aandoeningen, waaronder de dwangstoornis. De dosering van deze medicijnen moet geleidelijk aan opgebouwd worden. Het gunstige effect treedt na tien tot twaalf weken op. Bij de dwangstoornis wordt in het algemeen een hogere dosering gebruikt dan bij de depressieve stoornis. Omdat combinaties van antidepressiva met andere medicijnen of kruiden zoals bijvoorbeeld St. Janskruid, of met alcohol of drugs ongewenste bijwerkingen kunnen geven is het van belang hierover uw arts te raadplegen. In het algemeen wordt aangeraden de medicijnen langdurig te blijven gebruiken en daarna eventueel geleidelijk in de loop van maanden te verminderen en zo mogelijk af te bouwen. Vaak ziet men dat de klachten na afbouwen van de medicatie terugkeren. Een behandeling met cognitieve gedragstherapie kan deze terugval helpen voorkomen.

Bijwerkingen van SSRI's

Zoals alle medicijnen hebben deze SSRI's bijwerkingen. De gevoeligheid voor

bijwerkingen is per persoon erg verschillend. Er zijn ook mensen die helemaal geen last van bijwerkingen hebben. Behalve toename van angst kunnen, vooral in het begin van de behandeling, ook misselijkheid, duizeligheid, diarree of obstipatie optreden. Gewoonlijk nemen deze bijwerkingen af na de beginfase, dat wil zeggen na enkele dagen tot weken. Langerdurende bijwerkingen kunnen zijn: vermindering van seksuele gevoelens en gewichtstoename. Wanneer de bijwerkingen hinderlijk en lang aanwezig blijven is te overwegen om over te gaan op een ander medicijn.

Belangrijk is verder te weten dat bij acuut stoppen van deze medicijnen er zogenaamde onttrekkingsverschijnselen op kunnen treden. Bijvoorbeeld duizeligheid, opvliegers, trillen, onrust en een soort van “elektrische schokjes”. Het is dan ook aan te raden om nooit plotseling te stoppen en het gebruik van het medicijn alleen na overleg met de behandelend arts te staken.

*Medicijnen kunnen helpen bij de behandeling van de dwangstoornis.
Stop medicijnen nooit acuut maar alleen na overleg met de behandelend arts.*

Tips voor patiënten en hun naasten

- Blijf niet met de klachten zitten, maar zoek hulp.
- Zoek afleiding in de vorm van ontspannende activiteiten.
- Oefen actief.
- Praat erover met anderen, lees erover.
- Streef naar herstel van het normale functioneren.
- Stel als partner/gezinslid duidelijk grenzen aan het moeten uitvoeren van dwanghandelingen voor de patiënt.
- Stimuleer de patiënt met oefenen of met het volhouden van het gebruik van de medicijnen.

Boeken over de dwangstoornis

Zorgboek Dwang, Stichting September, Amsterdam. Verkrijgbaar in de Nederlandse apotheken. Voor verdere informatie over deze zorgboeken zie www.boekenoverziekten.nl

F. Sterk & S. Swaen: Leven met een dwangstoornis. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

M. Kwee, H. van der Waal: Het moet, moet, moet! Over normale en abnormale dwangverschijnselen. Boom, Meppel Amsterdam .

Belangrijke adressen

Angst, Dwang en Fobiestichting
Hoofdstraat 122, 3972 LD Driebergen
Tel. 0900-2008711 (kosten € 0,35 per minuut)
info@adfstichting.nl
www.adfstichting.nl

Stichting FobieVRienden
Mesdaglaan 81, 2182 SE Hillegom
Tel. 0252 518689 (kantoor)
Tel. 0900 6161611 (kosten € 0,50 per minuut)
www.npcg.nl/fobie.htm

Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie
www.nedkad.nl

Deze folder maakt deel uit van een serie folders, bedoeld om informatie te geven over psychiatrische ziekten en de behandeling ervan. Deze serie is bestemd voor mensen met psychiatrische klachten, voor mensen uit hun omgeving en hulpverleners. Bekendheid met psychiatrische problematiek kan leiden tot een meer gerichte hulpvraag. Het kan ook helpen taboes rond psychiatrische ziekten te doorbreken. Door de beperkte omvang kan deze folder geen uitvoerige informatie over de ziekte geven. Praat er daarom verder over met uw behandelend arts.

Beschikbare titels in de serie “In gesprek over.....” zijn:

- Als uw kind te druk is (ADHD)
- ADHD bij volwassenen
- Autisme spectrum stoornissen bij kinderen en jeugdigen
- Autisme spectrum stoornissen bij volwassenen
- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Delier (acute verwardheid)
- Dementie
- Depressie*
- Dwangstoornissen*
- Eetstoornissen
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Gedragsstoornissen bij kinderen
- Gegeneraliseerde angststoornis*
- Manisch-depressieve stoornissen
- Medicijnen bij manisch-depressieve stoornissen
- Medicijnen tegen angststoornissen*
- Medicijnen tegen depressies*
- Medicijnen tegen psychose
- Onverklaarde lichamelijke klachten
- Oorzaken van psychiatrische stoornissen
- Paniekstoornis en agorafobie*
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Posttraumatische stress-stoornis*
- Psychiatrie rond zwangerschap en bevalling
- Psychose
- Psychotherapie
- Schizofrenie
- Slaapstoornissen
- Sociale fobie*
- Verslaving

* Ook Turkse en klassiek Arabische vertaling.

Bestelinformatie

De verschillende folders zijn los of als serie bestelbaar.

Ze kunnen schriftelijk, per fax of per e-mail worden aangevraagd bij:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten

Fax 030-6776376, e-mail: secrass@xs4all.nl