

## Therapie voor dwang zonder exposure: IBA

**Geen kind kunnen aanraken, ook je eigen kind niet, omdat je bang bent dat je pedofiele neigingen hebt. Nergens heen kunnen en niemand thuis kunnen ontvangen, omdat je vreest dat je bacteriën verspreidt. Zomaar een greep uit de nare gevolgen die dwang, de Obsessieve Compulsieve Stoornis (OCS), kan hebben. Goed nieuws: er is een nieuwe cognitieve therapie, de Inference Based Approach (IBA). IBA is effectief en heeft als voordeel dat de patiënt herstelt zonder dat hij iets engs hoeft te doen. Dat is belangrijk omdat veel patiënten met OCS CGT weigeren of niet afmaken omdat ze exposure met responspreventie beangstigend vinden.**

De Inference Based Approach (IBA) heeft een ander aangrijpingspunt van dwangklachten dan standaard cognitieve gedragstherapie (CGT). Dit artikel gaat over de rationale van de IBA-behandeling voor dwang en over de IBA-interventies. Verder komt de arIBA studie aan bod: het onderzoek dat GGZ Centraal momenteel uitvoert naar de effectiviteit en het werkingsmechanisme van IBA. Dit in samenwerking met Amsterdam UMC (locatie VUmc), zes andere GGZ instellingen en ervaringsdeskundigen.

### IBA-Rationale

#### *Twijfelen, dwars tegen de waarneembare realiteit in*

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 alles plaatsvindt dwars tegen de waarneembare realiteit in. Denk bijvoorbeeld eens aan de patiënt met dwangklachten die blijft twijfelen of de deur wel op slot zit, terwijl hij al een poosje aan een naar beneden geduwde deurklink trekt van een deur die hij zojuist zelf op slot deed. Wat daar opvalt is dat hij het horen, zien en voelen dat de deur op slot zit niet gebruikt om zijn twijfel op te lossen. Interessant is ook dat de twijfel opkomt zonder dat er iets gebeurt wat er op wijst dat er iets aan de hand is met de deur of het slot van de deur (zoals een sleutel die hapert bij het ronddraaien). De twijfel rust met andere woorden niet op waarneming, maar op verbeelding.

#### *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 eenmaal 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) dan maakt hij zich natuurlijk ook zorgen over de mogelijke gevolgen van een dergelijke toestand

(bijvoorbeeld: inbraak, asbest gerelateerde kanker, een kind schade toebrengen, een treinongeluk, het verspreiden van sperma) en ervaart hij angst, spanning, walging en wil hij iets doen om dit af te wenden (een dwanghandeling). Baseert hij zich echter op zintuiglijke of innerlijke waarneming en common sense, precies zoals hij dat ook doet in situaties waar hij geen obsessie over heeft, dan is er geen twijfel en zijn er geen zorgen over 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. Dit door de patiënt te leren zich actief op waarneming te baseren. Zolang dit nog niet lukt voert deze zijn dwanghandelingen gewoon uit, omdat dwanghandelingen beheersen die je eigenlijk noodzakelijk acht in eerste instantie bang maakt. In de IBA behandeling leert een patiënt met andere woorden niet knokken om sterker te worden dan zijn angst, maar kijken naar de werkelijke toestand van dit moment.

## IBA-Interventies

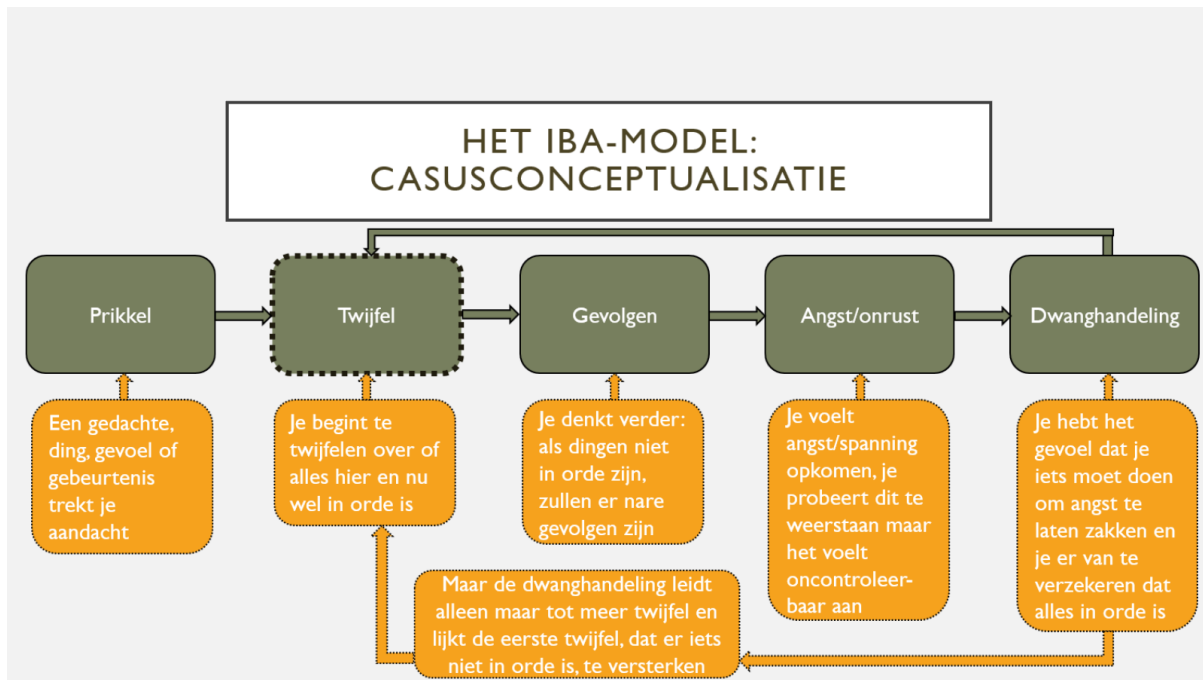
### *100% zeker*

De IBA-behandeling start met het inventariseren van alle dwanghandelingen die de patiënt verricht en alle situaties die hij vanwege obsessies vermijdt. De twijfel (of zelfs overtuiging) achter elke dwanghandeling of vermijding wordt in kaart gebracht. Hiervoor stelt de therapeut de eenvoudige vraag waar de patiënt 100% zeker van moet zijn om de dwanghandeling achterwege te 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 om mee aan het werk te gaan en bewerken zij 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 totaal 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*

Aan de hand van oefeningen ontdekt de patiënt dat er een zogenaamde OCS-stappenreeks is, die begint met een trigger, gevolgd door twijfel, wat aanzet tot nadenken over mogelijke gevolgen, waardoor angst en de neiging tot een dwanghandeling optreden. Hij oefent meerdere keren per dag meteen nadat hij een dwanghandeling uitvoerde met het achterhalen van de OCS stappenreeks en stelt zichzelf de vraag: "Wat zou daar van 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 orde zou kunnen zijn, en hoe dat zou kunnen. Twijfel komt dus niet uit de lucht vallen maar steunt op argumenten. Dat leert de patiënt door thuis een week lang meerdere malen per dag, steeds nadat hij een dwanghandeling uitvoerde zich af te vragen welke toestand hij vreesde en wat er 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 steeds van overtuigt dat de gevreesde toestand aan de hand is.

### *Met dezelfde ogen kijken*

Dan volgt er iets belangrijks. De patiënt denkt na over de vraag over welke toestand hij niet obsessief twijfelt, die qua waarneming eigenlijk veel lijkt op de toestand die hij vreest. Bijvoorbeeld, de patiënt die bang is dat er met HIV besmet bloed op de boodschappen zit, bedenkt zich dat hij gemakkelijk vaststelt dat er geen besmetting aan de boodschappen zit. In een alternatief verhaal beschrijft hij gedetailleerd hoe hij vaststelt dat de boodschappen schoon zijn (dat wil zeggen dat er geen besmetting op zit). Hij beschrijft waar hij het aan merkt als er wel besmetting aan zit en waar hij zich op baseert als hij vaststelt dat dit niet het geval is. Het doel daarvan is dat de patiënt in elk geval opmerkt dat hij op een andere manier vaststelt of alles in orde is als het gaat om zaken waarover hij geen obsessie heeft, dan over zaken waarover hij wel een obsessie heeft. Dit terwijl hij voor het eerste dezelfde ogen, oren, neus, tastzin en innerlijk waarnemingsvermogen beschikbaar heeft als voor het laatste. Twijfelt de patiënt over onzichtbare gevaren zoals bacteriën of virussen, dan zoekt hij naar een ander onzichtbaar gevaar waarover hij geen obsessie heeft en beschrijft hoe hij vaststelt of dat aan de orde is. Twijfelt hij over innerlijke zaken (bijvoorbeeld: misschien ben ik pedofiel, misschien steek ik iemand met een mes) dan beschrijft hij hoe hij 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 aandrang heeft tot dwangmatig handelen. Het doel is dat hij zich realiseert dat hij hier en nu informatie tot zijn beschikking heeft die obsessieve twijfel op kan lossen.

#### *Kennis die op plopt in plaats van een gebeurtenis die voorvalt*

Als iemand naast jou niest en jij daarbij spettertjes op je handen voelt komen, 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 ingrijpen geboden is, volgt hier op een gebeurtenis die daar op wijst. Dit geldt nooit voor obsessieve twijfels. Die volgen altijd op je bedenken dat, waarom, of hoe iets onwenselijks aan de hand zou kunnen zijn. Daarbij is het startpunt dus kennis die op plopt, in plaats van een gebeurtenis die voorvalt. Thuis observeert de patiënt een week lang, steeds als de aandrang opkomt tot het uitvoeren van de dwanghandeling waar hij op dat moment in de therapie aan werkt, waar dat 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 het hier en nu aan de hand is. Het is niet de bedoeling dat hij iets doet met dit inzicht. Het gaat alleen om gaan merken dat de twijfel altijd begint met bedenken dat iets kan.

#### *Verbeelden in een irrelevante context*

In de week daarna ervaart de patiënt aan de hand van oefeningen dat alleen het feit dat iets kan voor hem normaal gesproken geen reden is om tot actie over te gaan. Dat wil zeggen in geval van de talloze beslissingen over 'dwangvrije' onderwerpen die hij op een dag neemt. De patiënt bedenkt bijvoorbeeld: je kunt lelijk vallen als je veter los zit, en veters kunnen los gaan, toch check ik geen 100 keer per dag of ze nog goed vast zitten. Ik kom pas in actie als ik voel dat mijn schoen los zit. Kortom, iets moet niet alleen kunnen, maar moet ook hier en nu aan de orde zijn. Ook met dit inzicht doet hij nog even niets. Het doel van de oefeningen is niet dat hij zijn dwanghandeling achterwege laat, maar dat hij zich realiseert dat obsessieve twijfels optreden in een irrelevante context.

#### *Vertragen en kiezen*

Met het besef op zak dat er verbeelding is waar je in opgeslokt kunt raken, gaat de patiënt vervolgens op zoek naar het moment waarop hij als het ware de oversteek maakt van zich baseren op waarneming naar zich baseren op verbeelding. Hij oefent met vertragen van zijn redeneerproces door 1 minuut halt houden bij de eerste aandrang tot het uitvoeren van de dwanghandeling. Hij laat dan door zich heen gaan wat zijn waarneming te vertellen heeft en wat zijn verbeelding te vertellen heeft. En hij neemt de tijd om zich te beseffen dat hij kan kiezen welke kant hij op gaat. 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 gaan herkennen dat hij een keuze heeft als hij er op tijd bij is.

### *Schreeuwerige waarheden*

Gaat alles goed, dan is de patiënt onderhand enorm nieuwsgierig waarom obsessieve twijfel zo echt lijkt. De therapeut legt dan voor dat obsessieve verhalen meestal gaan over dingen die kunnen, die eerder of elders ook al eens hebben plaatsgevonden, die logisch zijn en waarvoor onomstotelijke bewijzen bestaan. Verhalen dus die bol staan van de schreeuwerige waarheden die je afleiden van hetgeen hier en nu waarneembaar aan de orde is. Kijk je nauwkeurig naar het redeneerproces in die verhalen, dan ontdek je typische OCS-redeneertrucs die er voor zorgen dat je niet in de gaten hebt dat niets van het hele 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 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 de aandrang zich aandient tot de dwanghandeling die onder handen is, neemt de patiënt de tijd om na te gaan of er één van de trucs actief is. De patiënt ontdekt, ook 'on the spot' dat de twijfel logisch lijkt maar onjuist is. Hij kan de twijfel verwerpen.

### *Rode draad*

Zodra de patiënt de uitgekozen 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 als persoon 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 of hij wel een opmerkelijk iemand is, of hij ontdekt dat hij betwijfelt of hij wel iemand is die zijn eigen voorkeuren kent. Hij snapt hierdoor beter waarom hij juist gevoelig is voor ingebeelde verhalen met dit thema en niet voor andere obsessies. Ook over deze naar zijn persoon verwijzende twijfels schrijft hij een obsessief- en een alternatief verhaal. Dat laatste vertolkt wie hij werkelijk is en geeft aanwijzingen voor waar hij de tijd mee kan vullen die vrijkomt als dwanghandelingen niet meer uitgevoerd hoeven worden.



GGZ instellingen die participeren in de de arrIBA studie

## arrIBA-studie

*Wellicht knappen er straks meer mensen op*

Onderzoek wees uit dat IBA een effectieve behandeling is voor dwangklachten<sup>1</sup> en liet zien dat het mogelijk effectiever is dan CGT voor mensen met dwangklachten met gering of ontbrekend realiteitsbesef<sup>2</sup>. GGZCentraal initieerde recent een landelijk onderzoek ([www.arrIBA-studie.nl](http://www.arrIBA-studie.nl)) waaraan 6 andere GGZ instellingen en Amsterdam UMC meedoen. Dit om te bepalen of IBA even effectief is als CGT voor mensen met dwangklachten, wat de hersenrespons is op beide methoden, of voorspeld kan worden wie beter profiteert van IBA en wie van CGT en of IBA en CGT elk een ander werkingsmechanisme hebben. Ook wordt gekeken of en voor wie IBA beter te verdragen is dan CGT. ZonMw kende een subsidie aan dit project toe vanuit hun onderzoeksprogramma ggz. Ervaringsdeskundigen met dwangklachten maken onderdeel uit van de projectgroep. Zij adviseren over een patiëntvriendelijke onderzoeksopzet, becommentariëren alle interventies, huiswerkopdrachten, de gebruiksvriendelijkheid van de app waarin dat wordt aangeboden en andere patiënteninformatie. Het onderzoek loopt tot eind 2022. Wellicht knappen er meer mensen met dwang op zodra CGT en IBA allebei regulier aangeboden worden. In het ideale geval krijgt dan iedereen met dwangklachten meteen de behandeling die het best bij hem past.

-----*Hier ongeveer het arrIBA Logo.*

Meer weten over IBA? Neem contact op met Henny Visser.

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

#### Referenties

1. Julien D et.al. The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *J Affect Disord.* 2016 Sep 15;202:187-96.
2. Visser H et.al. Inference-Based Approach versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight: A 24-Session Randomized Controlled Trial *Psychother Psychosom.* 2015;84(5):284-93