

## FORUM

RICHTLIJN VOOR BEHANDELING Aangepast

# COVID-19 VERERGERT DWANGSTOORNIS

Volgens een internationale werkgroep die zich bezighoudt met dwangstoornissen zou in deze tijden van corona farmacotherapie de aangewezen behandeling zijn om cliënten met smetvrees te behandelen. Lisbeth Utens en collega's van expertisecentrum Dwang, Angst en Tics (DAT) van LEVVEL verwonderen zich over dat advies en pleiten ervoor eerst exposure en response interventie (ERP) toe te passen. 'Wij achten het zinvoller om met cliënten te bespreken wat verstandige maatregelen zijn (RIVM-richtlijn), en wat 'teveel van het goede' is (dwangrituelen).'



**G**raag willen wij reageren op de voorlopige aanbevelingen voor behandelingen van cliënten met een obsessieve compulsieve stoornis (ocs). Die zijn gegeven vanuit de internationale werkgroep van het *International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders* (ICOS) en het *Obsessive-Compulsive Research Network* (OCRN) of the *European College of Neuropsychopharmacology*. Afgelopen juni wijdde *De Psycholoog* (p.6) er een nieuwsbericht aan.

Op grond van consensus en klinische ervaring doet deze Europese werkgroep zinvolle en voor de hand liggende aanbevelingen voor behandeling van patiënten met ocs in deze periode van COVID-19 zoals videobellen, zorgvuldige diagnostiek (inclusief suïcide-ricisotaxatie), adviezen over gezonde leefregels en stressreductie alsmede het verschaffen van psycho-educatie omtrent COVID-19.

Eén advies verwonderde ons evenwel. De werkgroep doet de aanbeveling om farmacotherapie de eerste keuze behandeling te laten zijn voor cliënten met smetvrees gedurende de COVID-19-periode. Vanuit onze jarenlange klinische expertise en landelijke voortrekkersrol op het gebied van

ocs bij kinderen en jeugdigen kunnen wij niet achter deze aanbeveling staan.

#### WAS- EN SCHOONMAAK-RITUELEN

De werkgroep stelt dat vanwege het COVID-19-besmettingsgevaar, exposure en response-preventie (ERP) bij behandeling van cliënten met smetvrees tot risico's voor de gezondheid leiden. De werkgroep stelt dat ocs-gerelateerde was- en schoonmaakrituelen moeilijk te onderscheiden kunnen zijn van COVID-19 gerelateerde voorschriften in deze, en dat het daarom lastig is om goede ERP-oefeningen uit te voeren. Met name kinderen met ocs zouden in verwarring kunnen raken door ERP-oefeningen omdat hun beoordelingsvermogen nog onvoldoende ontwikkeld is. Dit zou een verhoogd risico geven, omdat ze als gevolg van verkeerd uitgevoerde ERP-oefeningen besmet zouden raken met het COVID-19-virus. Om deze redenen beveelt de werkgroep aan om de ERP-oefeningen aan te passen en zo nodig zelfs te stoppen.

Het is ons inziens vanzelfsprekend dat behandelingen zich bij het opstellen van ERP-oefeningen houden aan de RIVM-richtlijnen vanuit *good clinical practice*. De gezondheid van cliënten en hun omgeving moet immers niet in

gevaar komen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat ERP niet mogelijk of onverantwoord zou zijn. Gedurende twintig seconden handen wassen conform de RIVM-richtlijn is duidelijk te onderscheiden van langere tijd achter elkaar frequent handen blijven wassen.

Wij achten het zinvoller om met cliënten te bespreken wat verstandige maatregelen zijn (RIVM-richtlijn), en wat 'teveel van het goede' is (dwangrituelen). Vervolgens kan met cliënten worden besproken welke dwanghandelingen achterwege gelaten of eventueel aangepast kunnen worden (de ERP-oefening). De stelling dat cliënten in verwarring zouden raken van ERP-oefeningen, met bijgevolg een verhoogd risico op besmetting, verbaast ons. Naar onze ervaring zijn de meeste mensen met ocs, inclusief kinderen, goed in staat hun dwangrituelen te onderscheiden van 'normale' handelingen.

#### META-ANALYSES

De Europese werkgroep onderschrijft hun statement door te zeggen dat er onzekerheid bestaat over welke vorm van therapie het meest effectief is. De resultaten voor behandelingseffectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT), specifiek gesteld ERP versus farmacotherapie, zijn niet altijd eensluidend. Voor kinderen geldt echter dat de grootste meta-analyse op dit terrein (Van Öst et al., 2016), laat zien dat de effectgroottes van zowel CGT als gecombineerde therapie (CGT + Serotonine reuptake inhibitors, SRI's) hoger waren dan voor SRI's alleen. Ook de

#### CASUÏSTIEK

Niet elke client met ocs-type smetvrees is bang voor besmetting met een virus. Dat angsten van cliënten met smetvrees vaak idiosyncratisch verschillend zijn, benoemt ook de Europese werkgroep; sommige cliënten zijn bijvoorbeeld vooral bezorgd voor seksueel overdraagbare of bacteriële infecties en zijn daarom niet meer dan gemiddeld met COVID-19 bezig.

Eén cliënt bij ons meldde dat zijn angst totaal niet in ernst was toe- of afgenomen. Hij was immers 'bang voor besmetting met een bacterie, en dat lag heel anders dan bij een virus'. De cliënt was ook heel verbaasd over de opmerking van een familielid dat 'hij het nu wel heel zwaar moest hebben' nu zijn angst ook echt bewaarheid werd. Dat was voor hem niet zo en hij voelde zich daardoor erg onbegrepen. Een andere cliënt daarentegen meldde dat er voor haar 'niets veranderd' was en dat anderen haar nu door corona en besmettingsgevaar beter begrijpen.

Weer een andere jongere met smetvrees ging in de loop van de corona-periode juist steeds minder zijn handen wassen. Helaas niet door de inzichten vanuit de ERP-therapie. Door het thuiswerken en steeds in zijn eigen omgeving te zijn, werd hij veel minder blootgesteld aan externe prikkels en besmettingsbronnen. Daardoor hoefde hij minder zijn handen te wassen. In cognitief-gedragstherapeutische termen verwoord: door vermijding neemt de dwang af. Maar continuering van het ERP-behandelcontact is ons inziens juist belangrijk om geboekte ERP-winst

vast te houden en ervoor te waken dat de smetvrees en was-dwang niet ontzettend oploopt, wanneer deze cliënt weer meer naar buiten en terug naar het werk op locatie moet.

Bij een meisje nam de smetvrees toe tijdens coronaperiode, omdat er minder afleiding was waardoor de dwang meer ruimte kreeg. Desondanks zijn we tijdens coronatijd toch haar medicatie (die daarvoor al samen met ERP gegeven werd) aan het afbouwen. Zij zit nu niet meer op het medicatie-niveau van voor de corona. Een jongere meldde dat haar dwang meer toenam 'omdat ze thuis teveel op elkaars lip zaten'. Haar dwang was voor haar een middel om daar controle over te krijgen. Bovendien onderging dit meisje behandeling in onze kliniek en kwam zij door de coronamaatregelen ineens weer thuis te wonen. Daardoor waren de cognitief-gedragstherapeutische behandelcontacten en het bespreken van de thuissituatie noodzakelijk.

Sommige van onze cliënten met smetvrees meldden minder stress van school of werk te ervaren, waardoor hun klachten afnamen. Een aantal cliënten heeft na de lockdown geen sociale contacten gehad en is amper naar buiten geweest. Als je slechts thuis werkt en alleen contact hebt met één of meer huisgenoten, die ook alle regels goed in acht nemen, is het onnodig om obsessief je handen te wassen.

Ten slotte meldde een cliënt: 'Eindelijk wordt mijn handen-was-procedure als norm gehanteerd.'

succespercentages voor geslaagde behandeling waren groter voor CGT en de gecombineerde behandeling dan voor SRI's alleen. Deze recente meta-analyse bevatte *randomized controlled trials* (RCT's), waarvan 25 CGT-studies en 9 pure SRI's-studies. De resultaten van Van Öst et al. (2016) ondersteunen de resultaten van een eerdere meta-analyse van Sánchez-Meca et al. (2014), die een superioriteit van CGT ten opzichte van psychofarmacologische behandeling liet zien. Om dan nu, in tijden van COVID-19, farmacotherapie als eerste keuze aan te bevelen,

is een niet correct en te ongenueanceerd advies. Daarbij kleven aan medicatie nadelen, zoals mogelijke bijwerkingen, kans op terugval bij het stoppen van de medicatie en onbekende effecten op de lange termijn.

De werkgroep stelt tevens dat cliënten met smetvrees de categorie patiënten is die door het COVID-19-virus het meest zwaar getroffen is. Wij onderschrijven deze stelling evenmin. Voor veel andere cliëntgroepen kan deze pandemie evenzeer zeer ontwrichtende en beschadigende gevolgen

hebben (denk aan depressieve of zeer angstige jongeren die nu in een sociaal isolement verkeren of getraumatiseerde kinderen die mogelijk fysiek geweld thuis meemaken). En zo zijn er helaas meer schrijnende voorbeelden te noemen. Het is begrijpelijk te denken dat cliënten met smetvrees zwaar getroffen zijn. Hun gedachtegang kan immers zijn: 'Zie je wel, ik heb gelijk, er is overall besmettingsgevaar.'

Deze gedachtegang, bovengenoemde stelling en de aanbevelingen vanuit de Europese werkgroep

*Gedurende twintig seconden handen wassen conform de RIVM-richtlijn is duidelijk te onderscheiden van langere tijd achter elkaar frequent handen blijven wassen*



worden echter niet onderbouwd met harde empirische data die aantonen dat in deze tijden van corona farmacotherapie meer aangewezen is dan ERP. De werkgroep baseert zich op hun klinische ervaringen. Graag willen we daar aan de hand van casuïstiek onze klinische ervaringen tegenoverzetten en onze behandelvisie delen.

### TER AFSLUITING

Mensen met smetvrees overschrijden met hun dwanghandelingen vaak de RIVM-richtlijn, ook in situaties waarin besmetting niet op de loer ligt, zoals thuis. Bijvoorbeeld meermaals per dag meer dan tien minuten handen wassen, zeer lang douchen met grote hoeveelheden shampoo, excessief schoonmaken terwijl er geen externen in huis zijn geweest, zijn vormen van dwang die met ERP afgebouwd kunnen worden. Thuis is ook vaak de context waarin de dwang zich afspeelt en waar er juist met ERP geoefend moet worden.

Bij toename van smetvreesklachten is het des te belangrijker

niet te stoppen met ERP. Het niet opzoeken van bepaalde plekken voor exposure (zoals het openbaar vervoer of openbare toiletten) betekent niet dat ERP gestopt wordt. Juist het overmatig handen wassen en schoonmaken in de thuissituatie kan worden afgebouwd, en ook dit is behandeling middels ERP. Het advies om ERP tijdelijk stoppen is wat ons betreft zorgelijk. Naar ons inzicht kan dat de voortgang van de behandeling van cliënten met smetvrees belemmeren.

De algemene aanbeveling om cliënten met smetvrees als eerste keus farmacotherapie aan te bieden en geen ERP vinden wij onvoldoende onderbouwd. Dit gaat in tegen de richtlijnen voor de behandeling van kinderen en jongeren met een dwangstoornis (Geller et al., 2012; National Institute for Health and Care Excellence, 2005). Pas nadat ERP adequaat, voldoende intensief en voor langere tijd is toegepast, met goede inzet van cliënt, gezin en therapeut zonder dat er progressie wordt geboekt is, kan psychofarmaca overwogen worden. Bij de

Bascule doen we dit in constructief overleg met de CGT-therapeuten van het DAT-team, de kinder- en jeugdpsychiater, en de cliënt en diens ouders, met een gedeelde visie: eerst CGT, dan pas medicatie.

### OVER DE AUTEURS

Prof. dr. Lisbeth Utens is klinisch psycholoog/cognitief gedragstherapeut en verbonden aan LEVVEL/Universiteit van Amsterdam/Amsterdam UMC. Drs. Marjolein Bus is orthopedagoog/cognitief gedragstherapeut. Dr. Lidewij Wolters is gz-psycholoog/postdoc onderzoeker. Drs. Bregje van Beckum, gz-psycholoog/cognitief gedragstherapeut. Drs. Carola de Wit, klinisch psycholoog/cognitief gedragstherapeut. Renske van Horen, MSc, is psycholoog/i.o. tot cognitief gedragstherapeut VGCT. Dr. Chaim Huijser is kinder- en jeugdpsychiater en postdoc onderzoeker. De auteurs zijn allen werkzaam bij het multidisciplinair team van het expertisecentrum Dwang Angst en Tics (DAT) van het academische centrum kinder- en jeugdpsychiatrie LEVVEL, Amsterdam. Correspondentie aangaande dit artikel: l.utens@debascule.com.

## Literatuur

- Fineberg, N.A., Ameringen, M. van, Drummond, L. et al. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive Psychiatry*, Jul; 100: 152174.
- Geller, D.A., March, J., Walter, H.J., Bukstein, O.G., Benson, R.S., Chrisman, A. & Stock, S. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98–113.
- National Institute for Health and Care Excellence (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. Clinical guideline [CG31]*. NICE: London.
- Lars-Göran Öst, Eili N Riise, Gro Janne Wergeland, Bjarne Hansen, Gerd Kvale (2016). Cognitive Behavioral and Pharmacological Treatments of OCD in Children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58-69.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, I., Iniasta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 31-44.

