

DWANGNEUROSES

INHOUD

Inleiding	2
VRAAG: welke DN hebben wij zelf?	2
Waar hebben we het over?	4
Is dit gevaarlijk?	4
Is het dus een soort verslaving?	5
Overeenkomsten:	5
Belangrijke verschillen:	5
Wetenschappelijke consensus:	5
Over hoeveel mensen praten we hier?	6
Demografische factoren:	6
Horen pedofilie en transsexualiteit ook bij dwangstoornissen?	6
Pedofilie:	6
Voorbeelden	7
Wat doet iemand met besmettings-OCD:	8
Hoe kan het dat men dit blijven doen?	8
Het probleem zit in de OCD-logica zelf:	8
Wat doet iemand met controle-OCD:	9
Verschillende variaties	9
Dit gedragspatroon kan je vaak ook bij beginnende dementie herkennen. Waar zit het verschil?	10
Wat is symmetrie en perfectie OCD:	10
Wat is verzameldwang (hoarding):	11
Verschillende variaties:	11
Een messie dus?	12
Verschillen:	12
Wat is morele/religieuze OCD (Scrupulosity)	12
Maar dat is niet de man met de bomgordel?	13
Wat is ongewenste gedachten OCD (Pure-O)	14
Dit lijkt een beetje op tourette?	15
Wat is huid/haar plukken OCD	16
Dit lijkt een beetje op borderline?	17
Nagels kauwen, doet dat niet bijna elk kind op het gegeven moment?	18
Genuanceerde blik	19
Individueel of collectief?	19
Hoe kom je daarvan af?	20
Lijkt dit niet op therapie voor angststoornissen?	21
Dwangstoornis en angststoornis - totdat DSM 5 je scheidt	21
Magisch denken? Wablief?	22
Deze gedachten zijn bekend van kinderen	23
CBT? Wat?	24

Inleiding

In deze Praattafel WOW hebben we het opnieuw over een gevoelig thema. Ook dit thema voert ons in de fascinerende wereld van het brein en wat er allemaal kan mislopen. We hebben het vandaag over stoornissen die vaker voorkomen dan je misschien denkt. Het zijn stoornissen waar de betrokkene handelingen uitvoert die in deze maat niet nodig zijn. Maar hij kan niet anders, het is een dwang.

Dwangstoornis (obsessieve-compulsieve stoornis of OCD) is een stoornis die gekenmerkt wordt door twee hoofdcomponenten:

Obsessies zijn ongewenste, opdringerige gedachten, beelden of impulsen die herhaaldelijk opkomen en aanzienlijke angst of ongemak veroorzaken. Veelvoorkomende obsessies omvatten zorgen over besmetting, twijfel over of iets wel goed is gedaan, behoefte aan symmetrie of exactheid, en ongewenste seksuele of gewelddadige gedachten.

Compulsies zijn repetitieve gedragingen of mentale handelingen die iemand zich gedwongen voelt uit te voeren als reactie op een obsessie of volgens rigide regels. Bijvoorbeeld overmatig handen wassen, controleren, tellen, of het herhalen van woorden in gedachten.

Neurobiologisch wordt OCD geassocieerd met afwijkingen in de cortico-striato-thalamo-corticale circuits, met name de orbitofrontale cortex, anterieure cingulate cortex en caudate nucleus.

Er is ook bewijs voor dysregulatie van serotonine neurotransmissie.

Epidemiologisch heeft OCD een levenslange prevalentie van ongeveer 1-3% en ontstaat vaak in de late adolescentie of vroege volwassenheid, hoewel het ook bij kinderen kan voorkomen.

In de diagnostische handboeken vind je dwangstoornissen op de volgende plaatsen:

DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual, 5e editie, tekst revisie):

Dwangstoornis (Obsessive-Compulsive Disorder) staat in het hoofdstuk

“Obsessive-Compulsive and Related Disorders” (Dwang- en gerelateerde stoornissen).

Dit is een apart hoofdstuk dat werd geïntroduceerd in de DSM-5, waarbij OCD werd verplaatst uit de angststoornissen.

In dit hoofdstuk vind je:

- Obsessive-Compulsive Disorder (300.3)
- Body Dysmorphic Disorder
- Hoarding Disorder
- Trichotillomania
- Excoriation Disorder
- Substance/Medication-Induced OC Disorder
- OC Disorder Due to Another Medical Condition

ICD-11 (International Classification of Diseases, 11e editie):

Hier valt OCD onder **“Obsessive-compulsive or related disorders”** (6B20-6B2Z).

In de oude **DSM-IV-TR** stond OCD nog bij de angststoornissen, maar dit is dus veranderd omdat onderzoek aantoonde dat dwangstoornissen een distinct neurobiologisch profiel hebben dat verschilt van klassieke angststoornissen.

De reclassificatie weerspiegelt het groeiende begrip dat deze stoornissen unieke fenomenologische en neurobiologische kenmerken delen.

Hier zijn de specifieke diagnostische codes:

DSM-5-TR:

- **300.3** - Obsessive-Compulsive Disorder
- **300.7** - Body Dysmorphic Disorder
- **300.3** - Hoarding Disorder
- **312.39** - Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder)
- **698.4** - Excoriation (Skin-Picking) Disorder
- **294.8** - Substance/Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related Disorder
- **294.8** - Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to Another Medical Condition
- **300.3** - Other Specified Obsessive-Compulsive and Related Disorder
- **300.3** - Unspecified Obsessive-Compulsive and Related Disorder

ICD-11:

- **6B20** - Obsessive-compulsive disorder
- **6B21** - Body dysmorphic disorder
- **6B22** - Olfactory reference disorder
- **6B23** - Hypochondriasis
- **6B24** - Hoarding disorder
- **6B25** - Body-focused repetitive behaviour disorders
 - **6B25.0** - Trichotillomania
 - **6B25.1** - Excoriation disorder
- **6B2Y** - Other specified obsessive-compulsive or related disorders
- **6B2Z** - Obsessive-compulsive or related disorders, unspecified

DSM-5-TR met ICD-10-CM codes:

- F42.2 - Obsessive-Compulsive Disorder
- F45.22 - Body Dysmorphic Disorder
- F42.3 - Hoarding Disorder
- F63.3 - Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder)
- L98.1 - Excoriation (Skin-Picking) Disorder
- F06.8 - Substance/Medication-Induced OCD and Related Disorder
- F06.8 - OCD and Related Disorder Due to Another Medical Condition
- F42.8 - Other Specified OCD and Related Disorder
- F42.9 - Unspecified OCD and Related Disorder

Let op dat sommige DSM-codes overlappen omdat ze dezelfde numerieke code gebruiken maar verschillende specificers hebben.

Waar hebben we het over?

Als we het over dwangstoornissen hebben, praten we fundamenteel over een **patroon van onvrijwilligheid** - mensen die gevangen zitten in cyclische patronen die ze zelf als zinloos of overdreven herkennen, maar waar ze zich toch toe gedwongen voelen.

De kern van dwangstoornissen:

Het gaat om een verstoring van normale **controle over gedachten en gedrag**. Mensen ervaren gedachten die blijven terugkomen ondanks pogingen om ze te onderdrukken (obsessies), en voelen zich gedwongen om bepaalde handelingen uit te voeren om de angst die deze gedachten veroorzaken te verminderen (compulsies).

Het paradoxale karakter:

- De persoon herkent meestal dat de obsessies irrationeel zijn
- De compulsies bieden slechts tijdelijke verlichting
- Het patroon houdt zichzelf in stand: hoe meer je probeert de gedachten te controleren, hoe prominenter ze worden

Waarom is dit klinisch relevant?

Het gaat niet om “gewoon perfectionistisch zijn” of “een beetje precies”. Bij een stoornis is er sprake van:

- Significante tijdsbesteding (vaak uren per dag)
- Aanzienlijke functionele beperkingen
- Lijden voor de persoon zelf

We hebben het dus over een toestand waarbij normale psychologische controlemechanismen ontregeld zijn, met als gevolg een cyclus die het dagelijks functioneren ernstig kan belemmeren.

Is dit gevaarlijk?

Dwangstoornissen zijn over het algemeen **niet direct gevaarlijk** in de zin van acuut levensbedreigende situaties, maar ze kunnen wel aanzienlijke risico's met zich meebrengen:

Directe fysieke risico's:

- Bij extreme wasdwang: huidbeschadiging, eczeem, infecties
- Bij controlecompulsies: verkeersongelukken door herhaaldelijk terugrijden om iets te controleren
- Bij symmetrie-obsessies: ongelukken door rigide gedrag in gevaarlijke situaties
- Zeldzaam: uitputting door extreme rituelen

Indirecte maar ernstige risico's:

- **Sociale isolatie** - mensen vermijden situaties die obsessies triggeren
- **Functionele achteruitgang** - werk, school, relaties lijden eronder
- **Comorbide depressie** - vaak ontstaat depressie als gevolg van de beperkingen
- **Suïcidale gedachten** - door wanhoop over de oncontroleerbare symptomen

- **Familiesysteem verstoring** - het hele gezin kan betrokken raken bij rituelen

Belangrijke nuancering:

De gevaarlijkheid ligt vooral in de **progressieve aard** van onbehandelde OCD. Wat begint als mild kan escaleren tot volledig verlamme symptomen. Daarnaast kunnen sommige obsessies (zoals ongewenste agressieve gedachten) zo beangstigend zijn dat mensen zichzelf volledig isoleren.

Behandeling vermindert risico's aanzienlijk - met cognitieve gedragstherapie en/of medicatie is de prognose over het algemeen goed.

Dus: niet acute levensgevaar, maar wel potentieel ernstige impact op levenskwaliteit en functioneren.

Is het dus een soort verslaving?

Dat is een vergelijking die regelmatig gemaakt wordt, en er zijn inderdaad **belangrijke overeenkomsten**, maar ook **cruciale verschillen**.

Overeenkomsten:

- **Cyclisch patroon:** drang → handeling → tijdelijke verlichting → hernieuwde drang
- **Tolerantie-effect:** rituelen moeten vaak uitgebreider worden om hetzelfde effect te bereiken
- **Onvermogen om te stoppen** ondanks bewustzijn van de problematiek
- **Neurobiologische overlap:** beide betrekken beloningscircuits en dopamine
- **Progressief karakter:** symptomen kunnen verergeren zonder interventie

Belangrijke verschillen:

- **Motivatie:** bij verslaving is er (aanvankelijk) plezier/beloning, bij OCD is het primair **angstreductie**
- **Bewustzijn:** mensen met OCD vinden hun rituelen meestal zinloos, verslaafden kunnen hun gebruik rationaliseren
- **Externe substantie:** verslaving betreft vaak externe middelen, OCD is een interne cyclus
- **Ontwenning:** bij verslaving is er fysieke ontwenning, bij OCD vooral toegenomen angst

Wetenschappelijke consensus:

OCD wordt geclassificeerd als een **angststoornis-spectrum** stoornis, niet als gedragsstoornis of verslaving. De mechanismen zijn anders: bij OCD draait het om **vermijding van gevreesde uitkomsten**, bij verslaving om **nastreven van gewenste uitkomsten**.

De vergelijking is dus nuttig voor begrip, maar klinisch gezien zijn het verschillende fenomenen die verschillende behandel benaderingen vereisen.

Over hoeveel mensen praten we hier?

Prevalentiecijfers voor dwangstoornissen:

Levenslange prevalentie:

- **1,2-3,0%** van de algemene bevolking ontwikkelt ooit een dwangstoornis
- Dit betekent ongeveer **1 op de 30-50 mensen**

12-maanden prevalentie:

- Ongeveer **1,2-1,9%** van volwassenen heeft in een willekeurig jaar een dwangstoornis
- Bij **kinderen en adolescenten**: 0,25-4% (variërend per leeftijdsgroep)

In Nederland (17,4 miljoen inwoners) betekent dit ongeveer:

- **200.000-520.000 mensen** zullen ooit een dwangstoornis ontwikkelen
- **200.000-330.000 mensen** hebben het op dit moment

Demografische factoren:

- **Geen significante geslachtsverschillen** bij volwassenen
- **Onset** meestal tussen 18-25 jaar, maar kan al in de kindertijd beginnen
- **Onderdiagnostiek** is een probleem - gemiddeld duurt het 6-10 jaar voordat mensen hulp zoeken

Internationale variatie:

De cijfers zijn redelijk consistent over verschillende culturen en landen, wat suggereert dat OCD een **universeel menselijk fenomeen** is.

Belangrijke kanttekening: Dit zijn alleen de gediagnosticeerde/klinisch relevante gevallen. Veel mensen hebben mildere obsessief-compulsieve trekken die niet het niveau van een stoornis bereiken.

Horen pedofilie en transsexualiteit ook bij dwangstoornissen?

Dat is een **misverstand**, gebaseerd is op verouderde of onjuiste informatie.

Pedofilie:

- Staat in de DSM-5 onder "**Paraphilic Disorders**", niet bij dwangstoornissen
- Het betreft een seksuele voorkeur, geen obsessie-compulsie cyclus
- **Wel bestaat er** "Pedophilic OCD" - waarbij mensen met OCD obsessieve angsten hebben dat ze pedofiele gedachten zouden kunnen hebben, maar dit is een vorm van OCD, niet pedofilie zelf

Transseksualiteit/Gender dysphorie:

- Staat in de DSM-5 als "**Gender Dysphoria**" in een apart hoofdstuk
- Is **geen stoornis in de zin van pathologie** - het betreft incongruentie tussen toegewezen en ervaren gender
- Heeft niets te maken met obsessief-compulsieve mechanismen

Waar komt de verwarring vandaan?

Mogelijk doordat sommige mensen met OCD **obsessieve twijfels** kunnen hebben over hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit ("Sexual Orientation OCD" of "Trans OCD"), maar dit zijn vormen van OCD waarbij iemand twijfelt aan aspecten van hun identiteit - niet de identiteitsaspecten zelf.

Belangrijke nuance: De aanwezigheid van opdringerige gedachten over seksualiteit of gender bij OCD betekent niet dat die thema's zelf stoornissen zijn.

Dit onderscheid is cruciaal voor juiste diagnostiek en behandeling.

Voorbeelden

Veelvoorkomende types dwangstoornissen:

1. Besmettings-/Hygiëne OCD

- **Obsessies:** "Mijn handen zijn besmet met bacteriën", "Ik ga ziek worden van vieze oppervlakken"
- **Compulsies:** Excessief handen wassen, desinfecteren, vermijden van openbare plekken
- Kan escaleren tot huidbeschadiging door overmatig wassen

2. Controle OCD

- **Obsessies:** "Heb ik de deur wel goed afgesloten?", "Staat het fornuis wel uit?"
- **Compulsies:** Herhaaldelijk controleren van sloten, apparaten, lichtsakelaars
- Mensen kunnen uren besteden aan het controleren of zelfs teruggaan naar huis

3. Symmetrie/Perfectie OCD

- **Obsessies:** "Alles moet precies goed staan", "Het voelt niet 'kloppend'"
- **Compulsies:** Voorwerpen perfect uitlijnen, handelingen een bepaald aantal keer herhalen
- Vaak gepaard met een "just right feeling" dat bereikt moet worden

4. Hoarding (Verzameldwang)

- **Obsessies:** "Dit kan ik nog nodig hebben", "Weggoeien voelt als verlies"
- **Compulsies:** Alles bewaren, niet kunnen weggooien
- Leefruimte wordt onbewoonbaar door ophoping van spullen

5. Religieuze/Morele OCD (Scrupulosity)

- **Obsessies:** "Heb ik gezondigd?", "Ben ik een slecht mens?"
- **Compulsies:** Overmatig bidden, biechten, vermijden van 'zondige' gedachten

6. Ongewenste gedachten (Pure O)

- **Obsessies:** Agressieve, seksuele of blasfemische gedachten die tegen iemands waarden ingaan
- **Compulsies:** Mentale rituelen, gedachten 'neutraliseren', vermijdingsgedrag

Deze voorbeelden laten zien hoe divers OCD kan zijn - het gaat altijd om de cyclus van obsessie → angst → compulsie → tijdelijke verlichting.

Wat doet iemand met besmettings-OCD:

Deze personen ervaren intense angst voor besmetting door bacteriën, virussen, vuil, chemicaliën of andere “verontreinigingen”. Ze kunnen urenlang handen wassen tot hun huid rauw is, meerdere douches per dag nemen, of obsessief hun woning schoonmaken. Sommigen vermijden openbare plekken, toiletten, of aanraking van deurklinken. Anderen gooien kleding weg na één keer dragen of wassen boodschappen uitgebreid af.

De onderliggende angsten:

Het gaat zelden om de werkelijke kans op ziekte worden. De angst is vaak disproportioneel - bijvoorbeeld de overtuiging dat één aanraking van een deurkruk tot ernstige ziekte of zelfs de dood kan leiden. Vaak bestaat er ook angst om anderen te besmetten, wat tot intense schuldgevoelens leidt.

Tijdsduur en ernst:

De dwanghandelingen kunnen uren per dag in beslag nemen. Sommige mensen staan 's nachts op om opnieuw hun handen te wassen omdat de ongerustheid hen wakker houdt. In extreme gevallen wordt iemands hele leven erdoor bepaald.

Verschillende varianten:

- **Mentale besmetting:** angst voor “morele” verontreiniging door bepaalde gedachten of mensen
- **Selectieve besmetting:** alleen specifieke dingen worden als gevaarlijk ervaren
- **Magisch denken:** rituelen om “ongeluk” te voorkomen dat door besmetting zou kunnen ontstaan

De paradox is dat al dit wassen en vermijden de angst juist versterkt in plaats van vermindert.

Hoe kan het dat men dit blijven doen?

Je mag je afvragen hoe het kan dat mensen dit gedrag blijven volgen, ook als ze zien dat andere mensen het niet doen en toch niet massaal doodvallen. Die mensen zijn toch niet gewoon dom? En je hebt helemaal gelijk - mensen met besmettings-OCD zijn absoluut niet dom, en ze zien ook heus wel dat anderen niet massaal ziek worden of sterven door “normaal” hygiënegedrag.

Het probleem zit in de OCD-logica zelf:

“Wat als ik de uitzondering ben?”

Hun brein genereert constant scenario's zoals: “Ja, anderen worden niet ziek, maar wat als mijn immuunsysteem zwakker is?” of “Wat als ik net die ene keer pech heb?” Het is alsof hun brein een overdreven risico-calculator heeft die altijd de slechtst mogelijke uitkomst voorspelt.

Denken over verantwoordelijkheid:

Veel mensen met OCD voelen een overdreven verantwoordelijkheidsgevoel. Ze denken: “Als ik niet was, gebeurt er iets vreselijks en dan is het mijn schuld.” Dit gevoel is zo sterk dat het de logische waarneming overstemt.

De dwanghandeling als “bewijs”:

Omdat ze altijd wassen wanneer ze ongerust zijn, en er vervolgens niets ergs gebeurt, versterkt dit paradoxaal hun geloof dat het wassen hen heeft “gered”. Ze denken: “Zie je wel, omdat ik waste gebeurde er niets!”

Verschillende standaarden:

Hun brein hanteert verschillende standaarden voor zichzelf versus anderen. Voor anderen denken ze rationeel, maar voor zichzelf gelden andere, veel strengere “veiligheidsregels”.

Het tragische is dat ze deze tegenstrijdigheid vaak zelf ook herkennen, wat extra frustratie veroorzaakt omdat ze weten dat hun gedrag irrationeel is, maar toch niet kunnen stoppen.

Ze hebben beledigd.

Tijdsbeslag:

Dit kan extreem uitlopen. Sommige mensen hebben uren nodig om hun huis te verlaten door al het controleren. Anderen rijden dezelfde route meerdere malen om zeker te weten dat ze niemand hebben aangereden. In extreme gevallen kan iemand letterlijk gevangen zitten in een cyclus van controleren.

De perverse logica:

Hoe meer ze controleren, hoe onzekerder ze worden over hun eigen geheugen. Na de tiende keer controleren denken ze: “Heb ik nu echt goed gekeken, of deed ik het automatisch?”

Dit gedragspatroon kan je vaak ook bij beginnende dementie herkennen. Waar zit het verschil?

Er zijn inderdaad overlappende symptomen, maar ook cruciale verschillen:

Bewustzijn en inzicht:

- **OCD:** De persoon weet meestal dat hun gedrag overdreven is. Ze voelen zich gefrustreerd door hun eigen dwang en schamen zich ervoor
- **Dementie:** De persoon vindt hun controleren vaak volkomen logisch en ziet geen probleem. Ze hebben minder inzicht in de overdrevenheid

Geheugen en cognitie:

- **OCD:** Het geheugen werkt prima, maar ze twijfelen eraan (“Heb ik echt goed gekeken?”). Ze onthouden details van gesprekken, afspraken, recente gebeurtenissen
- **Dementie:** Er zijn daadwerkelijke geheugengaten. Ze vergeten recent gevoerde gesprekken, waar ze dingen hebben neergelegd, of wat ze gisteren hebben gedaan

Leeftijd en ontwikkeling:

- **OCD:** Kan op elke leeftijd beginnen, vaak al in de adolescentie. Meestal geleidelijke ontwikkeling van specifieke rituelen
- **Dementie:** Meestal na 65 jaar, geleidelijke achteruitgang in meerdere gebieden tegelijk

Andere symptomen:

- **OCD:** Vaak beperkt tot specifieke angstgebieden (veiligheid, hygiëne, orde)
- **Dementie:** Bredere problemen zoals verwarring over tijd/plaats, moeite met bekende taken, taalmoelijkheden

Reactie op geruststelling:

- **OCD:** Tijdelijke opluchting, maar de twijfel komt snel terug
- **Dementie:** Echte opluchting omdat ze het echt vergeten waren

Bij twijfel is professionele beoordeling altijd verstandig.

Wat is symmetrie en perfectie OCD:

Deze mensen zijn obsessief bezig met dat dingen “precies goed” moeten zijn. Ze herschikken objecten eindeloos tot alles perfect symmetrisch staat, herschrijven teksten tot elke letter perfect is, of beginnen taken opnieuw als ze niet “juist aanvoelen”. Boeken moeten precies gelijk staan, kussens exact in het midden, pennen in perfecte lijnen. Sommigen kunnen niet stoppen met een paragraaf tot elke zin “klopt”.

De onderliggende angsten:

Vaak is er geen concrete ramp die ze vrezen. Het gaat meer om een ondraaglijk gevoel van “niet-kloppen” of onvolledigheid. Ze ervaren intense spanning als iets “scheef” is, en kunnen zich pas ontspannen als alles “perfect” is. Soms is er wel magisch denken: “Als dit niet perfect is, gebeurt er iets ergs.”

Verschillende varianten:

Visuele symmetrie: Alles moet er precies hetzelfde uitzien, perfecte lijnen en patronen

Lichamelijke symmetrie: Beide lichaamshelften moeten hetzelfde “voelen” - als ze hun linkerschouder aanraken, moeten ze ook hun rechter aanraken

Numerieke perfectie: Obsessie met “goede” of “slechte” getallen, alles moet in bepaalde aantallen

Taalperfectie: Eindeloos herschrijven van e-mails of teksten tot ze “perfect” klinken

Bewegingssymmetrie: Stappen moeten precies gelijk zijn, of handelingen in bepaalde volgorde

Tijdsbeslag:

Dit kan extreem uitlopen. Iemand kan uren bezig zijn met het herschikken van spullen op een bureau, of een simpele e-mail tientallen keren herschrijven. Huiswerk dat normaal een uur kost, kan een hele avond duren door het perfecte handschrift of de exacte woordkeuze.

Het gevaar:

Het echte gevaar is verlamming - mensen raken zo gefocust op perfectie dat ze helemaal niets meer afkrijgen of belangrijke zaken uitstellen omdat ze niet “perfect genoeg” kunnen zijn.

Wat is verzameldwang (hoarding):

Dit gaat ver voorbij gewoon veel spullen hebben. Mensen met hoarding kunnen letterlijk niets weggooien omdat elk voorwerp “misschien nog van pas komt” of emotionele waarde heeft. Hun huis raakt zo vol dat je nauwelijks nog kunt lopen. Oude kranten, kapotte apparaten, lege verpakkingen - alles wordt bewaard “voor het geval dat.”

Verschillende variaties:

Klassieke hoarding: Alles bewaren, niets kunnen weggooien

Digitale hoarding: Duizenden ongelezen e-mails, gigabytes aan foto's die nooit worden bekeken, eindeloze downloads

Dierenhoarding: Tientallen huisdieren "redden", vaak in erbarmelijke omstandigheden

Specifieke categorieën: Alleen bepaalde dingen zoals boeken, kleding, of verzamelobjecten

Sentimentele hoarding: Elk voorwerp krijgt emotionele betekenis ("Dit potlood gebruikte ik op mijn eerste werkdag")

De onderliggende angsten:

- "Wat als ik dit nog nodig heb?"
- "Dit heeft herinneringen, als ik het weggooi verlies ik die"
- "Het is zonde om dit weg te gooien"
- Intense angst voor het maken van de "verkeerde" keuze

Echte gevaren:

- **Brandgevaar:** Oude kranten, papier, blokkeerde uitgangen
- **Hygiëne problemen:** Onmogelijk proper maken
- **Sociale isolatie:** Schaamte, niemand mag meer langs
- **Gezondheidsrisico's:** Schimmel, ongedierte, vallen over spullen
- **Financiële problemen:** Blijven kopen zonder plek

Tijdsduur:

Dit ontwikkelt zich meestal geleidelijk over jaren. Het wordt vaak erger bij stress, verlies, of trauma. Zonder behandeling escaleert het meestal - het wordt zelden vanzelf beter.

Het paradoxale:

Ze verzamelen om zich veilig te voelen, maar creëren juist onveilige situaties.

Een messie dus?

Dat klopt gedeeltelijk! "Messie" komt van het Engelse woord "messy" en wordt vaak gebruikt voor mensen die in zeer rommelige, chaotische omstandigheden leven. Maar er zijn wel belangrijke nuances:

Messie als term:

In de volksmond wordt "messie" vaak gebruikt voor iedereen die extreem rommelig leeft, ongeacht de oorzaak. Het kan gaan om hoarding, maar ook om andere redenen waarom iemand in chaos leeft.

Verschillen:

- **Hoarding-messie:** Kan niets weggooien door obsessies en angsten, heeft emotionele binding met spullen
- **Andere soorten messies:** Depressie (geen energie om op te ruimen), ADHD (moeite met organiseren), gewoon luiheid, of andere psychische problemen

Belangrijk onderscheid:

Niet elke rommelige persoon heeft hoarding. Sommige mensen leven gewoon chaotisch zonder de obsessieve dwang om alles te bewaren. Bij echte hoarding zijn er specifieke psychologische mechanismen - de intense angst en emotionele binding met objecten.

Maatschappelijk:

Het woord “messie” wordt soms denigrerend gebruikt, terwijl hoarding een serieuze psychische aandoening is die behandeling verdient, niet oordeel.

In de media:

Programma's over “messies” tonen vaak hoarding-gevallen, waardoor de termen door elkaar gebruikt worden. Maar hoarding is specifiekler dan gewoon rommelig zijn.

Dus ja, veel mensen die als “messie” worden aangeduid hebben inderdaad hoarding, maar niet alle rommelige mensen hebben deze OCD-gerelateerde stoornis.

Wat is morele/religieuze OCD (Scrupulositeit)

Deze mensen zijn obsessief bezig met de angst dat ze “zondig” zijn, God hebben beledigd, of moreel falen. Ze bidden urenlang, biechten eindeloos dezelfde “zonden”, of vermijden situaties waar ze “verkeerde” gedachten zouden kunnen hebben. Ze kunnen paniek krijgen van een vloek die “per ongeluk” in hun hoofd opkomt, of denken dat een seksuele gedachte hen tot een slecht persoon maakt.

Verschillende variaties:**Religieuze scrupulosity:**

- Obsessief bidden, biechten, rituelen herhalen
- Angst voor blasfemie of het beledigen van God
- Eindeloos twijfelen of ze genoeg geloven
- Vermijden van “heilige” woorden uit angst ze verkeerd te gebruiken

Morele scrupulosity:

- Obsessie met “perfecte” eerlijkheid (bekennen van minuscule leugens)
- Angst dat ze pedofiel of moordenaar zijn door ongewenste gedachten
- Eindeloos analyseren of hun motieven “puur” genoeg waren
- Overdreven schuldgevoel over normale menselijke impulsen

Sociale moraal:

- Obsessie met het nooit kwetsen van anderen
- Eindeloos heranalyseren of ze iemand hebben beledigd
- Overdreven verontschuldigen

De onderliggende angsten:

“Als ik deze gedachte heb, ben ik slecht”, “God zal me straffen”, “Ik ben een hypocriet”, “Mijn morele falen schaadt anderen.” Het gaat vaak om perfecte zuiverheid van gedachten en intenties.

Gevaren:

- **Sociale isolatie:** Vermijden van mensen uit angst voor “zondige” gedachten
- **Depressie:** Constant schuldgevoel en zelfhaat
- **Relatieproblemen:** Partners voelen zich afgewezen of bekritiseerd

- **Spirituele crisis:** Het geloof wordt een bron van lijden in plaats van troost

Tijdsduur:

Kan uren per dag kosten aan bidden, biechten, of mentaal “zuiveren”. Vaak verergert het tijdens stressvolle perioden of religieuze feestdagen.

Het tragische paradox:

Hoe meer ze proberen “heilig” te zijn, hoe slechter ze zich voelen.

Maar dat is niet de man met de bomgordel?

Absoluut niet! Dat is een belangrijk misverstand.

Morele/religieuze OCD:

- Mensen zijn juist **bang** dat ze slecht zijn
- Ze **vermijden** geweld en kwaad doen
- Ze lijden onder hun eigen gedachten
- Het gaat om overdreven **angst** voor het doen van verkeerde dingen
- Ze willen zo heilig/moreel mogelijk zijn

Religieus extremisme/terrorisme:

- Mensen **rechtvaardigen** geweld als “goed”
- Ze zien zichzelf als **rechtvaardig**
- Ze hebben **geen twijfels** over hun daden
- Ze geloven dat geweld **juist** is
- Ze zien anderen als vijanden die "gestraft" moeten worden

Het cruciale verschil:

Iemand met religieuze OCD zou zich doodschrikken van de gedachte aan een bomgordel - dat zou hun ergste nachtmerrie zijn omdat ze zo bang zijn om kwaad te doen. Een terrorist daarentegen ziet geweld als rechtvaardig en heilig.

Religieuze OCD-gedachten zijn bijvoorbeeld:

- “Wat als die boze gedachte betekent dat ik God haat?”
- “Ben ik wel gelovig genoeg?”
- “Heb ik wel oprecht gebeden?”

Ze zijn juist **hyper-moreel** en **hyper-voorzichtig**, het tegenovergestelde van gewelddadig.

Het is belangrijk dit onderscheid te maken - mensen met religieuze OCD zijn vaak zeer zachte, zorgzame mensen die zichzelf tot wanhoop martelen met overdreven moraliteit.

Wat is ongewenste gedachten OCD (Pure-O)

Deze mensen krijgen voortdurend schokkende, afschuwelijke gedachten die volledig tegen hun karakter ingaan. Denk aan gedachten over het schaden van hun baby, seksuele beelden van kinderen, of het duwen van iemand voor een trein. Het cruciale punt: ze zijn **doodsbang** voor deze gedachten en zouden nooit handelen ernaar.

Pure-O betekenis:

“Pure Obsessional” - alleen obsessies, geen zichtbare dwanghandelingen. Maar dat is misleidend, want er zijn wel degelijk compulsies, alleen **mentaal**: eindeloos analyseren, neutraliseren van gedachten, vermijden van “gevaarlijke” situaties.

Verschillende variaties:**Gewelddadige gedachten:**

- Beelden van het schaden van geliefden
- Impulsen om te springen of iemand te duwen
- Gedachten aan messen, auto's als wapens

Seksuele ongewenste gedachten:

- Pedofiele beelden (bij mensen die kinderen juist willen beschermen)
- Incestueuze gedachten over familieleden
- Homosexuele gedachten bij heteroseksuelen (of omgekeerd)

Blasfemische gedachten:

- Vloeken tegen God tijdens gebed
- Seksuele beelden in religieuze context
- “Verkopen van ziel aan duivel”

Existentiële obsessies:

- Eindeloos piekeren over de betekenis van het bestaan
- Angst voor gekheid of realiteitsverlies

De mentale compulsies:

- Eindeloos analyseren: “Waarom had ik die gedachte?”
- Neutraliseren: goede gedachten denken om slechte te “compenseren”
- Vermijden van “triggers” (messen, hoogteverschillen, kinderen)
- Zoeken naar geruststelling van anderen

Gevaren:

- **Zelfmoordgedachten**: Uit wanhoop over hun “monsterlijke” gedachten
- **Complete isolatie**: Vermijden van situaties die gedachten triggeren
- **Depressie**: Geloven dat ze slecht zijn door hun gedachten

Tijdsduur:

Kan uren per dag kosten aan mentaal “neutraliseren” en analyseren. De gedachten komen vaak in golven.

Het tragische:

Juist omdat ze zulke goede mensen zijn, lijden ze zo onder deze gedachten.

Dit lijkt een beetje op tourette?

Er zijn inderdaad overeenkomsten, maar ook cruciale verschillen:

Overeenkomsten:

- **Ongewenste impulsen** die “zomaar” opkomen
- **Tegen het eigen karakter in** - mensen met Tourette roepen bijvoorbeeld plotseling scheldwoorden terwijl ze normaal heel beleefd zijn
- **Geen controle** over wanneer het gebeurt
- **Schaamte en stress** door de onvoorspelbaarheid

Cruciale verschillen:

Tourette:

- **Lichamelijke/vocale tics** - het lichaam doet iets
- Mensen **weten** dat het Tourette is, geen morele kwestie
- **Tijdelijke opluchting** na de tic
- Vaak korte, plotselinge uitbarstingen

Pure-O OCD:

- **Mentale obsessies** - alleen in het hoofd
- Mensen **vrezen** dat de gedachten iets over hen zeggen
- **Toegenomen angst** door de gedachten
- Langdurige mentale worstelingen

Het grote verschil:

Bij Tourette denkt iemand: “Daar gaat mijn tic weer, vervelend maar het betekent niets over wie ik ben.”

Bij Pure-O denkt iemand: “Deze vreselijke gedachte betekent dat ik een monster ben - wat als ik het ga doen?”

Interessant punt: Sommige mensen hebben beide aandoeningen, wat het nog ingewikkelder maakt. Maar de **emotionele reactie** is heel anders - Tourette is vervelend, Pure-O is **existentieel beangstigend**.

Dit laat goed zien hoe onze hersenen soms “eigenaar” kunnen zijn!

Wat is huid/haar plukken OCD

Dit zijn **Body-Focused Repetitive Behaviors (BFRB)** - mensen kunnen urenlang bezig zijn met het plukken aan hun huid, uitrekken van haren, bijten op nagels of wangen. Ze zoeken naar “onvolmaakte” plekjes: puistjes, ruwe huid, haren die “verkeerd” aanvoelen. Vaak gebeurt het automatisch tijdens stress, verveling, of concentratie.

Verschillende varianten:

Dermatillomania (huid plukken):

- Obsessief plukken aan gezicht, armen, benen
- Zoeken naar puistjes, eeltplekken, oneffenheden
- Kan beginnen met één klein plekje en uren duren

Trichotillomania (haar trekken):

- Uitrekken van hoofdhaar, wenkbrauwen, wimpers
- Soms eten van de haren (trichofagie)
- Vaak specifieke texturen of haren die “verkeerd” aanvoelen

Onychofagie (nagelbijten):

- Extreem nagelbijten tot in het vlees
- Ook bijten van nagelriemen, vingertopjes

Andere varianten:

- Wangbijten, lippenbijten
- Plukken aan korstjes, eelt

Echte gevaren:

- **Infecties:** Open wonden door constant plukken
- **Littekens:** Permanente beschadiging van huid/haar
- **Kaalheid:** Bij trichotillomania soms irreversibel haarverlies
- **Sociale gevolgen:** Vermijden van zwemmen, intimiteit, korte mouwen
- **Trichofagie:** Haar in maag kan darmverstopping veroorzaken

Triggers en duur:

Vaak triggered door stress, verveling, perfectionisme (“dit haar zit verkeerd”). Kan van enkele minuten tot uren per dag duren. Mensen raken vaak in een soort trance.

Het cyclische patroon:

Spanning → Plukken → Tijdelijke opluchting → Schaamte/schade → Meer spanning → Meer plukken

Belangrijke nuance:

Anders dan “klassieke” OCD gaat het minder om angstgedachten, meer om lichamelijke sensaties en de drang tot “perfectioneren” van huid/haar.

Dit lijkt een beetje op borderline?

Hier zit een interessante parallel, maar er zijn cruciale verschillen die belangrijk zijn om te begrijpen:

Overeenkomsten:

- Beide richten zich op het **lichaam**
- Kunnen **zelfbeschadiging** veroorzaken
- Gebeuren vaak bij **stress** of negatieve emoties
- Kunnen **verslavend** aanvoelen

Cruciale verschillen:

Zelfbeschadiging bij borderline:

- **Bewuste** poging om emotionele pijn te verlichten
- “Ik voel me leeg/overweldigd, pijn helpt me iets te voelen”
- Vaak **diepe sneden** met opzet
- Gericht op **emotionele regulatie**
- Kan ook woede of zelfhaat uitdrukken

BFRB (plukken/trekken):

- **Onbewuste** gewoonte, vaak automatisch
- “Dit haartje voelt verkeerd, het moet weg”
- Meestal **oppervlakkige** beschadiging
- Gericht op **perfectie/symmetrie**
- Meer zoals een tic of gewoonte

Emotionele context:

- **Borderline**: “Ik wil pijn voelen om emoties te reguleren”
- **BFRB**: “Dit voelt gewoon ‘niet goed’, het moet weg”

Bewustzijn:

- **Borderline**: Meestal bewuste keuze (ook al impulsief)
- **BFRB**: Vaak pas achteraf beseffen wat ze gedaan hebben

Behandeling:

Ook anders - bij borderline gaat het om emotieregulatie leren, bij BFRB meer om bewustwording en alternatieve gewoontes.

Beide verdienen begrip en behandeling, maar de onderliggende mechanismen zijn echt verschillend.

Nagels kauwen, doet dat niet bijna elk kind op het gegeven moment?

Nagels kauwen is inderdaad iets wat heel veel kinderen doen - schattingen lopen van 20-33% van alle kinderen tussen 7-10 jaar. Het is vaak een heel normale reactie op stress, verveling, of concentratie.

Het verschil tussen “normaal” en “problematisch”:

Gewoon nagelbijten bij kinderen:

- Gebeurt af en toe, vooral bij stress of verveling
- Stopt meestal vanzelf tijdens de puberteit
- Veroorzaakt geen ernstige schade
- Kind kan ermee stoppen als het echt wil

Onychofagie (extreme vorm):

- **Urenlang** bezig zijn met bijten
- **Tot het bloedt** - vingertopjes, nagelriemen, vlees
- **Kan niet stoppen** ondanks pijn of schade
- **Interfereert** met dagelijks leven (typen, schrijven doet pijn)
- **Schaamte** en vermijden (handen verstoppen)
- **Volwassenheid** - blijft ook na kindertijd bestaan

Het spectrum:

Je hebt eigenlijk een glijdende schaal van “af en toe een nageltje” tot “destructief en dwangmatig”. De meeste kinderen zitten in het normale bereik en groeien eroverheen.

Wanneer zorgen maken:

Als het kind zichzelf echt beschadigt, niet kan stoppen ondanks pijn, of er zeer gestrest door raakt. Dan kan het zinvol zijn om er aandacht aan te besteden.

Dus ja, je observatie klopt helemaal - het is meestal gewoon een normale kinderfase, niet meteen een stoornis!

Genuanceerde blik

De complexiteit van dwangstoornissen:

Heterogeniteit binnen categorieën:

Zelfs binnen “hygiëne OCD” bestaan enorme verschillen. Sommige mensen zijn gefocust op zichtbaar vuil, anderen op onzichtbare bacteriën, weer anderen op morele “besmutsing” door contact met bepaalde mensen of situaties. De onderliggende vrees kan zijn: ziekte, schuld, of het besmetten van anderen.

Comorbiditeit en overlap:

Veel mensen hebben **meerdere OCD-thema's tegelijk**. Iemand met controle-OCD kan ook symmetrie-obsessies hebben. Dit maakt diagnostiek en behandeling complexer dan de nette categorieën suggereren.

Culturele en individuele variatie:

- In religieuze gemeenschappen manifesteert OCD zich anders dan in seculiere contexten
- **“Ongewenste gedachten”** kunnen gaan over wat in die specifieke cultuur of voor die persoon het meest taboe is
- Hygiëne-obsessies variëren per culturele normen over reinheid

Dimensionele benadering:

Modern onderzoek benadrukt dat OCD beter gezien kan worden als **dimensies** dan categorieën:

- Forbidden thoughts/taboo obsessions (ongewenste gedachten)
- Symmetry/ordering (symmetrie/ordering)
- Contamination/cleaning (besmetting/reinigen)
- Doubt/checking (twijfel/controleren)

Fluctuatie over tijd:

Symptomen **veranderen** vaak. Iemand kan beginnen met controle-rituelen, dan overgaan naar hygiëne-obsessies bij stress, en later religieuze scrupels ontwikkelen. Het onderliggende mechanisme blijft hetzelfde, maar de inhoud verschuift.

Insight variabiliteit:

Sommige mensen hebben **goede inzicht** (weten dat het irrationeel is), anderen hebben **slechte inzicht** (zijn overtuigd van de realiteit van hun angsten). Dit beïnvloedt behandeling aanzienlijk.

Individueel of collectief?

Dat is een vraag die aan de grens ligt tussen **individuele psychopathologie** en **sociale/culturele fenomenen**.

Individueel vs. collectief:

Klassieke OCD wordt gedefinieerd als een **individuele stoornis** - de persoon erkent (meestal) dat de obsessies irrationeel zijn en de compulsies excessief. Dit ego-dystonische karakter onderscheidt het van normale culturele praktijken.

Maar er zijn complexe grensgebieden:

“Folie à deux/plusieurs” - waar obsessief-compulsieve symptomen worden **gedeeld** tussen familieleden. Het primaire geval heeft OCD, secundaire gevallen nemen de obsessies over door nabijheid.

Cultureel gesanctioneerde rituelen die OCD-achtige kenmerken hebben:

- Extreme religieuze zuiveringsrituelen
- Collectieve angsten over besmetting/onreinheid
- Groepsgedwongen symmetrie in ceremonies

Historische voorbeelden zoals heksenverbranding:

Dit waren vaak **collectieve hysterie** of **morele paniek** - verschillende fenomenen dan OCD, hoewel ze obsessieve angsten en compulsieve gedragingen kunnen vertonen. Het verschil: deze werden **cultureel gevalideerd** en **ego-syntoon** ervaren.

Moderne voorbeelden:

- Gezinnen waar alle leden meegaan in extreme hygiëne-rituelen
- Religieuze gemeenschappen met obsessieve schuldgevoelens en rituelen
- Internet-communities die twijfel-spiralen versterken

Kernverschil:

Bij échte OCD herkent de persoon (vaak) de irrationaliteit. Bij collectieve fenomenen wordt het gedrag **cultureel gelegitimeerd** en als rationeel ervaren binnen die context.

De grens is dus genuanceerd en context-afhankelijk.

Hoe kom je daarvan af?

De meest effectieve, evidence-based behandelingen voor OCD zijn:

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) met Exposure and Response Prevention (ERP):

- Dit is de gouden standaard voor OCD-behandeling
- ERP houdt in dat patiënten geleidelijk worden blootgesteld aan hun obsessieve gedachten/triggers zonder de compulsieve reactie uit te voeren
- Effectiviteitspercentages liggen rond de 60-85% voor significante symptoomreductie
- Behandeling duurt typisch 12-20 sessies

Medicamenteuze behandeling:

- SSRI's (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) zijn eerste keus: sertraline, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine
- Hogere doseringen dan bij depressie zijn vaak nodig
- Clomipramine (tricyclisch antidepressivum) kan bij SSRI-resistente gevallen
- Respons treedt vaak pas na 8-12 weken op

Combinatiebehandeling:

- CGT + medicatie toont vaak de beste resultaten, vooral bij ernstige gevallen
- Medicatie kan angst verminderen zodat ERP beter uitvoerbaar wordt

Nieuwere behandelingen:

- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- Inference-Based Cognitive Therapy (I-CBT)
- Bij zeer therapieresistente gevallen: Deep Brain Stimulation (DBS)

Lijkt dit niet op therapie voor angststoornissen?

Er zijn inderdaad sterke parallellen tussen OCD- en angststoornisbehandelingen, en dit heeft belangrijke theoretische en praktische implicaties.

Overeenkomsten in behandeling:

- **Exposure-principes:** Beide gebruiken blootstelling aan gevreesde stimuli
- **Response prevention:** Vermijdingsgedrag doorbreken is cruciaal bij beide
- **Dezelfde medicatie:** SSRI's zijn eerste keus voor beide categorieën
- **Cognitieve herstructurering:** Irrationele gedachten uitdagen

Waarom deze overlap?

Historisch werd OCD geclassificeerd onder angststoornissen in de DSM-IV. In de DSM-5 kreeg het een eigen categorie ("Obsessive-Compulsive and Related Disorders"), maar de onderliggende mechanismen blijven vergelijkbaar:

- **Hyperactivatie amygdala:** Verhoogde angstresponse
- **Dysregulatie in cortico-striato-thalamo-corticale circuits:** Vooral bij OCD
- **Conditionering:** Beide stoornissen worden in stand gehouden door negatieve bekrachtiging (angstreductie door vermijding/compulsies)

Belangrijke verschillen:

- Bij OCD zijn er specifieke **obsessies** (indringende gedachten) en **compulsies** (herhalingsgedrag)
- De exposure bij OCD is vaak meer complex omdat het gaat om interne triggers (gedachten) naast externe
- ERP bij OCD vereist specifiek **ritueelpreventie**, niet alleen exposure

Deze conceptuele overlap verklaart waarom behandelprotocollen zo succesvol kunnen worden aangepast tussen deze stoornissen.

Dwangstoornis en angststoornis - totdat DSM 5 je scheidt

Dat is een voorbeeld van hoe wetenschappelijke inzichten de nosologie (tak van de geneeskunde die zich bezighoudt met classificatie en beschrijving van ziekten) kunnen veranderen. De verschuiving van DSM-IV naar DSM-5 weerspiegelt decennia van neurobiologisch en klinisch onderzoek.

Redenen voor de herclassificatie:

Neurobiologische bevindingen:

- OCD toont specifieke afwijkingen in de **orbitofrontale cortex, caudate nucleus en anterior cingulate cortex**
- Dit cortico-striato-thalamo-corticale circuit is anders dan de primair amygdala-gecentreerde circuits bij klassieke angststoornissen
- Neuroimaging studies toonden consistente hyperactiviteit in deze gebieden bij OCD-patiënten

Fenomenologische verschillen:

- Angststoornissen: primair **vermijdingsgedrag**
- OCD: juist **benaderingsgedrag** (compulsies om angst te verminderen)
- De aard van de cognities verschilt: bij OCD meer **magisch denken, verhoogde verantwoordelijkheid, gedachte-actie fusie**

Pharmacologische respons:

- OCD reageert vaak beter op **hogere SSRI (Selective Serotonine Reuptake Inhibitor - dus selectieve serotonine heropname remmer) -doseringen en clomipramine**
- Verschillende responstijden en -patronen

Gerelateerde stoornissen:

De nieuwe categorie omvat ook trichotillomanie, skin-picking, body dysmorphic disorder - allemaal met compulsieve kenmerken maar verschillende neurobiologie dan klassieke angst.

Klinische implicaties:

Deze herclassificatie heeft geleid tot meer **gespecialiseerde behandelprotocollen** en een beter begrip van wanneer standaard angstbehandelingen ontoereikend zijn.

Magisch denken? Wablief?

“Magisch denken” is een cruciaal maar vaak onderschat aspect van OCD-cognities.

Definitie van magisch denken bij OCD:

Het irrationele geloof dat gedachten, woorden of handelingen direct causaal verband hebben met gebeurtenissen in de werkelijkheid, zonder logische verbinding.

Specifieke vormen:

Gedachte-Actie Fusie (Thought-Action Fusion):

- **Morele TAF**: “Als ik denk aan iemand kwaad doen, ben ik net zo schuldig alsof ik het gedaan had”
- **Waarschijnlijkheids-TAF**: “Als ik denk dat mijn moeder een ongeluk krijgt, verhoogt dit de kans dat het gebeurt”

Magische bescherming:

- “Als ik dit ritueel niet uitvoer, gebeurt er iets verschrikkelijks”
- “Getallen hebben speciale betekenis” (bijv. alles moet in veelvouden van 3)
- “Symmetrie voorkomt rampen”

Overdreven verantwoordelijkheidsgevoel:

- “Ik ben verantwoordelijk voor het voorkomen van alle mogelijke schade”
- Inflated responsibility bias

Neurobiologische basis:

Studies tonen aan dat bij OCD de **anterior cingulate cortex** (betrokken bij fout-detectie) hyperactief is, wat kan leiden tot een gevoel dat “iets niet klopt” zelfs bij neutrale situaties.

Klinische relevantie:

Traditionele CBT richt zich op rationeel uitdagen van gedachten, maar bij magisch denken is vaak **Inference-Based CBT** effectiever, waarbij de focus ligt op het proces van inferentie-making zelf.

Dit onderscheidt OCD sterk van andere angststoornissen waar de cognities meestal meer reality-based zijn.

Deze gedachten zijn bekend van kinderen

Dit raakt hier de kern van een fundamenteel ontwikkelingspsychologisch principe.

Normaal magisch denken bij kinderen:

- **Piaget's (Jean Piaget - 1896 - 1980, Zwitserse bioloog en pionier ontwikkelingspsychologie) preoperationele fase (2-7 jaar)**: Kinderen geloven natuurlijk in magische verbanden
- “Als ik heel hard wens, komt het uit”
- Animisme: objecten hebben levende eigenschappen
- **Normale ontwikkelingsfase** die hoort bij cognitieve rijping

Wat gebeurt er normaal?

Rond 7-8 jaar ontwikkelt **metacognitie** - kinderen leren onderscheid maken tussen:

- Gedachten en realiteit
- Interne en externe wereld
- Waarschijnlijkheid versus zekerheid

Bij OCD: stagnatie in deze ontwikkeling

Het lijkt alsof bepaalde aspecten van het magisch denken “**vastzitten**” en niet normale rijping ondergaan:

Mogelijke mechanismen:

- **Neurobiologische vulnerabiliteit:** Genetische aanleg voor OCD kan normale cognitieve rijping verstoren
- **Kritieke periode-hypothese:** Trauma of stress tijdens cruciale ontwikkelingsfasen
- **Onvoldoende “reality testing”:** Beschermende omgeving waarin magische gedachten niet gecorrigeerd werden

Klinische implicaties:

Dit verklaart waarom **ontwikkelingsgerichte interventies** soms effectief zijn bij OCD - het gaat om het “inhalen” van gemiste ontwikkelingsstappen door:

- Expliciete metacognitieve training
- Reality testing oefeningen
- Graduele blootstelling aan onzekerheid

Interessante paradox:

Volwassenen met OCD zijn vaak intellectueel volledig capabel tot rationeel denken, maar in specifieke domeinen blijft dit primitieve denkpatroon bestaan.

Dit suggereert dat OCD mogelijk een **ontwikkelingsstoornis** is die zich manifesteert als angststoornis, waarbij normale cognitieve rijpingsprocessen zijn verstoord of onderbroken.

De implicatie hiervan zou zijn dat behandeling niet alleen gericht moet zijn op symptoomreductie, maar ook op het “herstarten” of faciliteren van deze gemiste ontwikkelingsstappen - wat een heel andere therapeutische benadering zou vereisen dan traditionele angstbehandeling.

CBT? Wat?

CBT staat als afkorting voor **Cognitive Behavioral Therapy** - dus **Cognitieve Gedragstherapie**.

In het Nederlandse vakgebied worden beide termen door elkaar gebruikt:

- **CBT** - de Engelse afkorting die ook in Nederland veel wordt gebruikt
- **CGT** - de Nederlandse afkorting (Cognitieve Gedragstherapie)

CBT/CGT bij OCD omvat:

- **Cognitieve component:** Uitdagen van obsessieve gedachten, magisch denken, overmatige verantwoordelijkheid
- **Gedragscomponent:** Exposure and Response Prevention (ERP)
- **Integratie:** Beide elementen worden gecombineerd

In de wetenschappelijke literatuur over OCD ziet u beide afkortingen, maar ze verwijzen naar hetzelfde therapeutische model dat door Aaron Beck en anderen is ontwikkeld.