

OCD: HOE? WAT?

BEVINDINGEN UIT WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Ernst H.W. Koster

OCD Liga 11/9/2026

OP HET MENU

- Wat basisgegevens
- Het ontstaan van OCD
- Het instandhouden van OCD en de “truken van de foor”
- Behandeling
- Waarom ik heel blij ben met vandaag

OCD: WAT IS HET?

OCD: Hebben van obsessies en compulsies

Obsessies:

Obsessies / intrusies: opdringerige gedachten, beelden, voorstellingen of impulsies
Geven angst , walging, onrust

Compulsies:

- Handelingen die gesteld worden om obsessies te onderdrukken, negeren of neutraliseren
- Herhalend gedrag (handenwassen, controleren, rechtzetten, tellen, herhalen, ...)
- Niet in verhouding tot de realiteit:
 - Geen strikte relatie tss handeling en effectief voorkomen van de dreiging
 - Gedrag is overmatig tav de dreiging

OCD: KOMT HET VEEL VOOR?

- Prevalentie: komt voor bij 1-3% van de populatie
- Twee pieken in ontstaansleeftijd:
 - 7-12 (vroeg ontstaan, meerderheid jongens)
 - Jonge volwassenheid: 18-25
 - 2/3^e geeft aan dat er al symptomen waren voor de volwassenheid
 - Start zeldzaam na 35 jaar

Het komt dus best veel voor **maar...**

Erg onzichtbaar!

- Schuld en schaamte
- Onderkenning duurt soms (veel te) lang

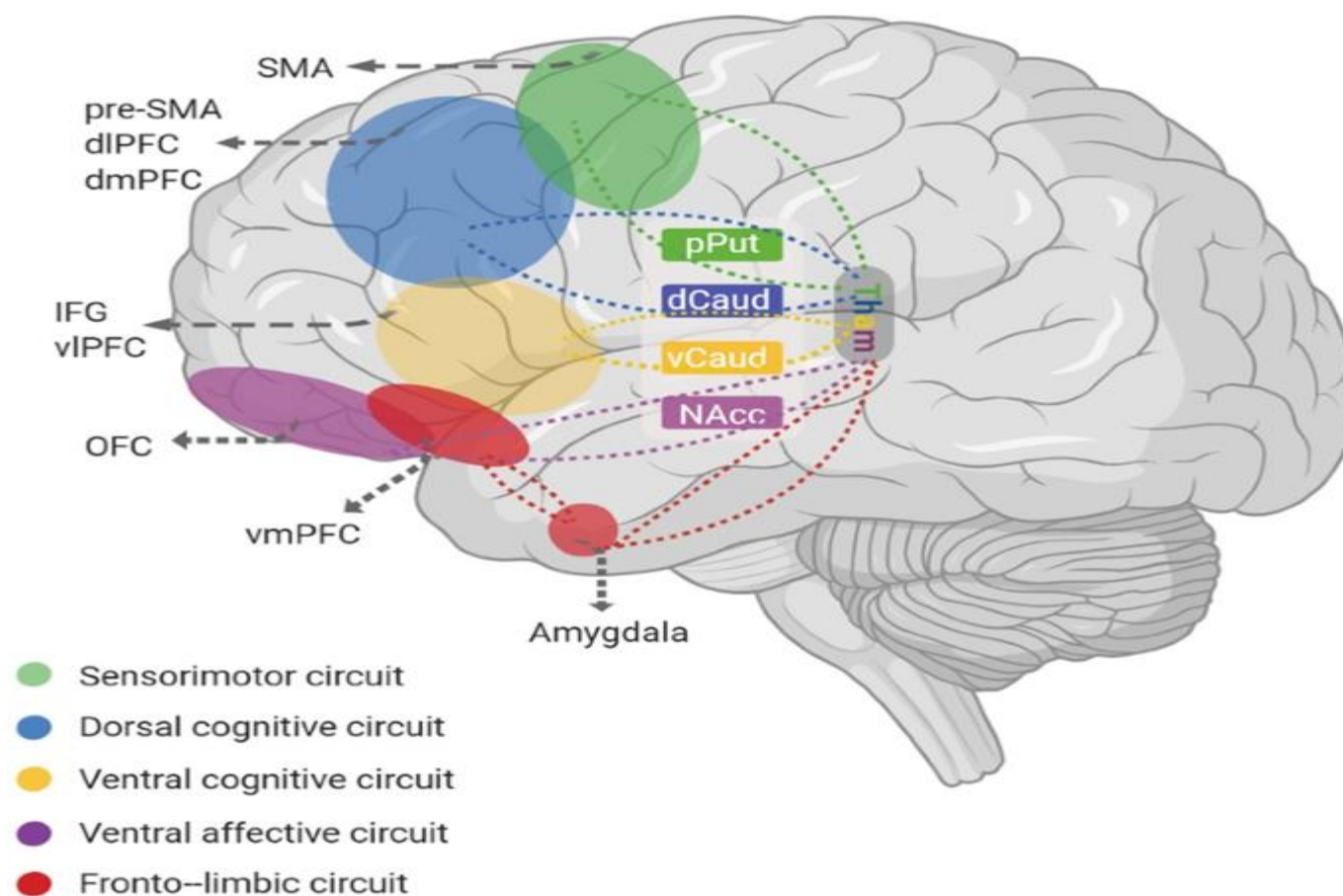
OCD: IS HET ERNSTIG?

- Significante lijdensdruk is 1 van de criteria
- In de top 10 van meest impactvolle mentale problemen qua ziekte en QoL (WHO)
 - Emotionele lijdensdruk (angst, onrust, schuld, schaamte, isolatie...)
 - Beperkingen in het dagelijks leven (tijd, mogelijkheden, vermijding...)
 - Ernstig invaliderend
 - Relationele spanningen
 - Indien onbehandeld: chroniciteit

OCD: IS HET EEN HERSENZIEKTE?

Genuanceerde visie:

- Qua “ernst”:
⇒ JA
- Is er iets “mis” met het brein, geheugen, etc?
⇒ Er is geen evidentie voor “breinschade”
- Er zijn uiteraard wel neuronale circuits betrokken bij OCD
⇒ CTSC loop (‘vals alarm circuit’)
⇒ Relaties met verschillende breincircuits (heterogeniteit tussen patiënten)



HOE ONTSTAAT OCD?

EEN PROCESVISIE

Wie heeft er wel eens een 'gekke & sticky' gedachte?

Onderzoek (Rachman & DaSilva, 1978):

Kunnen GGZ professionals onderscheiden welke gedachte-inhoud geklasseerd kan worden als een klinische vs. een niet-klinische gedachte?

Antwoord: Niet-klinisch (ja); Klinisch (niet beter dan kans)

Vervolgonderzoek (Rassin & Muris, 2007):

- Heranalyse van data
- Psychotherapeuten en psychologiestudenten

=> Wel degelijk enig onderscheid (boven kansniveau)

EEN PROCESVISIE

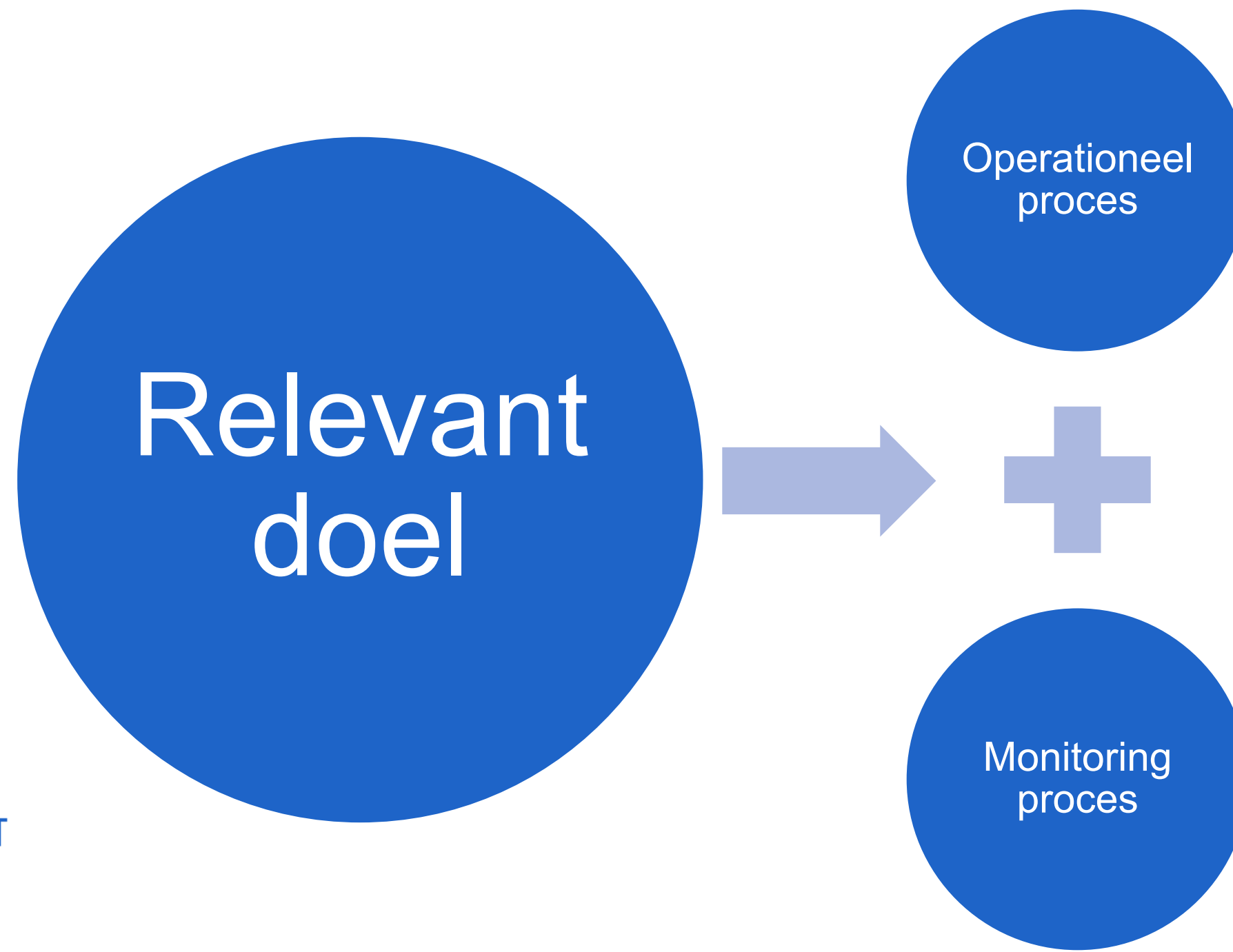
Vraagstelling: Hoe komt het dat:

(1) bepaalde gedachten ...

(2) bij sommige mensen ...

...enorm blijven hangen

EEN PROCESVISIE: WAAROM INTRUSIES?



Irony Process Theory
(Wegner, 1994)

EEN PROCESVISIE: BIJ WIE

Persoonlijkheidskenmerken:

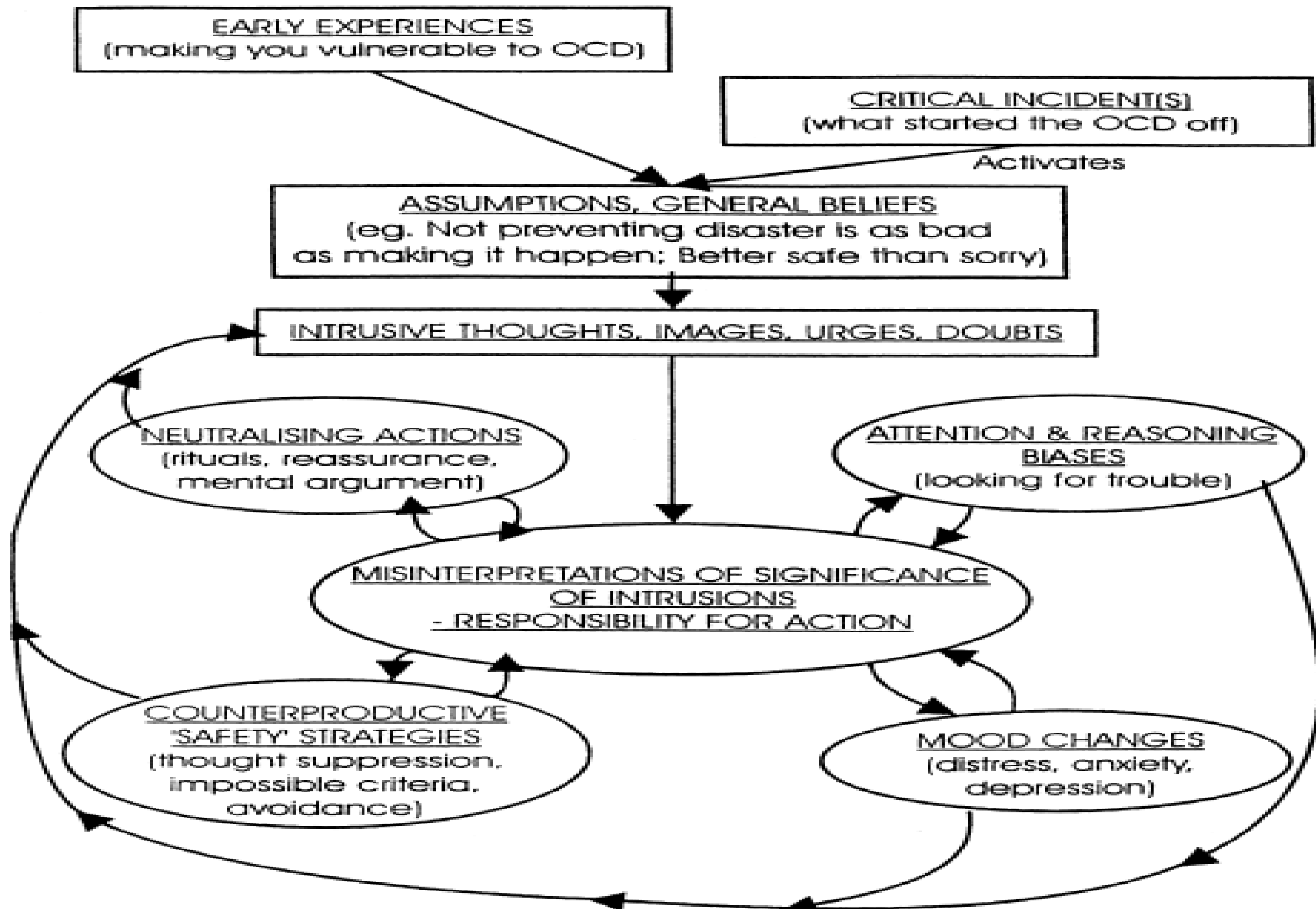
- Perfectionisme
- Conscientieus (verantwoordelijkheid)
- Neuroticisme



Gebeurtenissen:

- Té vroeg verantwoordelijk
- Onvoorspelbaarheid (emotioneel vlak)
- GvH: Strengere regels & focus op verantwoordelijk

DE INSTANDHOUDING EN VERERGERING?



MENTALE 'TRUKEN VAN DE FOOR'

- Nare gedachten omtrent een mega-relevant doel
 - Onrust – Angst – Ongemak
 - De gedachte wordt zeer hoog op de prioriteitenlijst geduwd (wegens ramp, onaanvaardbaarheid, verantwoordelijkheid)
 - Dus: de beoordeling is essentieel!
- De gemene trucs:
 - Risico & gevaar dat je niet kan uitsluiten (een zekere realiteitswaarde)
 - Het waarnemen van risico maakt je hoofdelijk verantwoordelijk (aka schuldig verzuim)

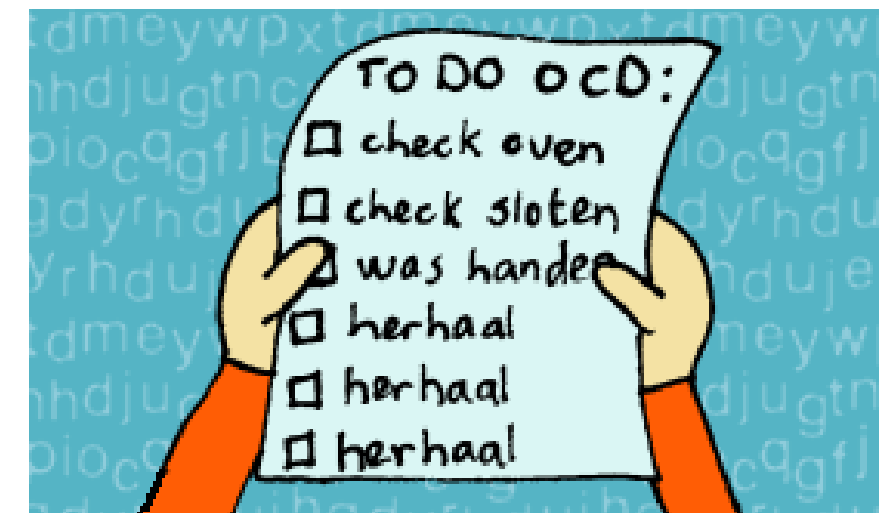
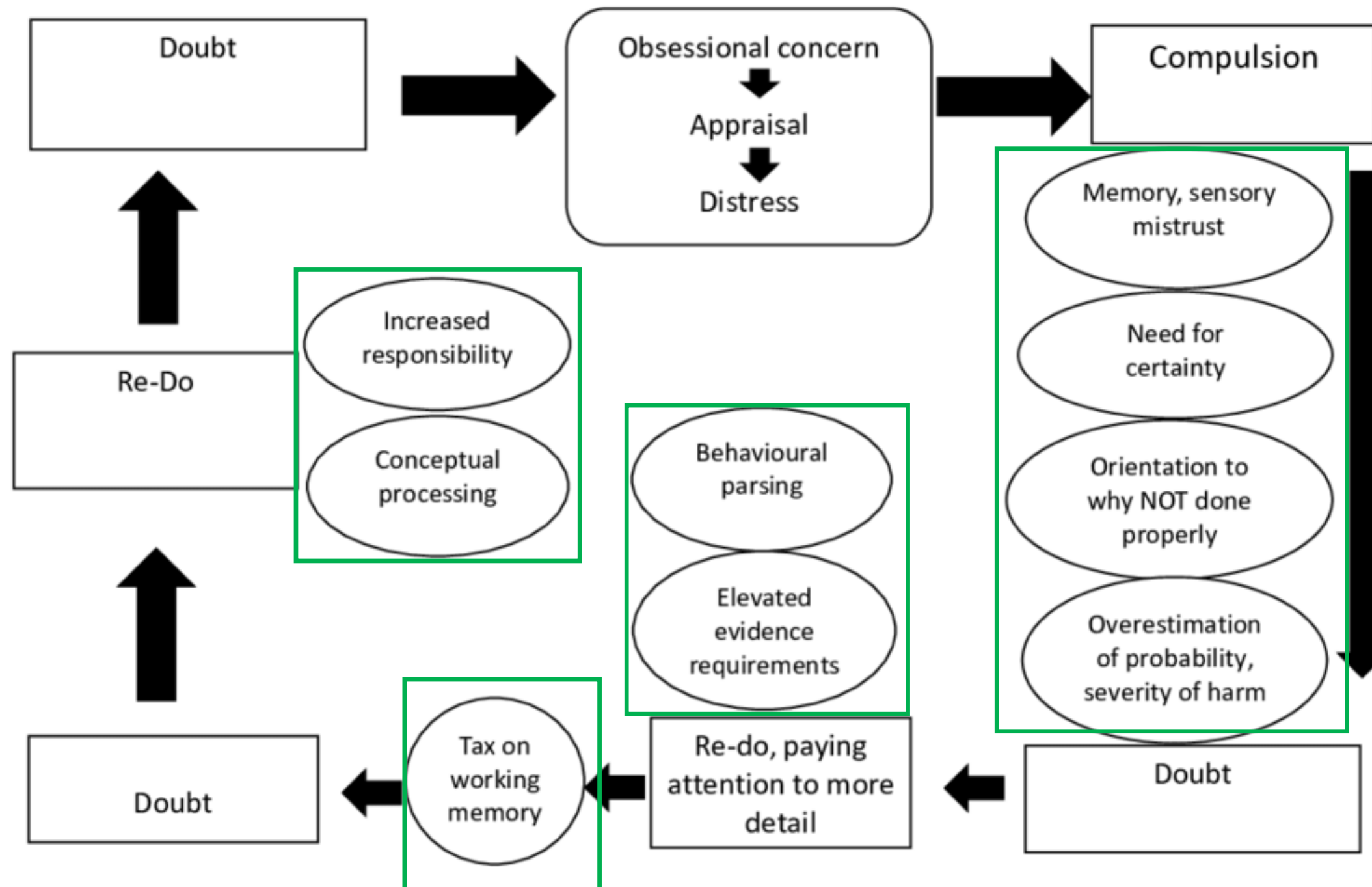
MENTALE 'TRUKEN VAN DE FOOR'

- Twijfel is een centrale driver
 - Doet zich vaak voor als een 'zinvolle veiligheidsadviseur'
 - 'Zou het niet kunnen dat...?'; 'Als x, wat dan met y?'
 - De dwang gebruikt de PK's van de gastheer/gastvrouw
 - De dwang kent de 'zwakke plekken'
 - In psychoeducatie: De stofzuigerverkoper!
- **Tractie** is the name of the game

MENTALE 'TRUKEN VAN DE FOOR'

- Zekerheid als oplossing
- Vanuit twijfel en onrust:
 - Nadenken over de situatie in de hoop zekerheid/geruststelling te vinden
 - Dit is een gemene **fuik**
 - 100% zekerheid is een onhaalbaar criterium
 - Tijdens dit proces => Veel ruimte voor beelden
- Vaak in combinatie met 'mood-as-input'

MODEL COMPULSIES (PURDON, 2018)



BEHANDELMOGELIJKHEDEN

BEHANDELING IN VOGELVLUCHT

Psycho educatie

Psychologische behandeling

Exposure met responspreventie

- Van overte dwanghandelingen
- Van coverte dwanghandelingen

Cognitieve therapie

Biologische opties

- Antidepressiva
- Neurostimulatie
- DBS

PSYCHOEDUCATIE



Proces obsessie / compulsie

situatie

situatie

Angst / onrust

Neutraliserende
handelingen:

- Controleren
- In gedachten dwangen
- Rituelen
- Geruststelling vragen
- vermijden

Even rust

Meer onrust op
lange termijn

muggenbeet

jeuk

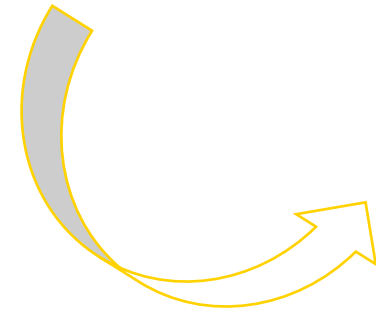
krabben

Even geen jeuk

Later meer jeuk

EXPOSURE MET RESPONSPREVENTIE

- 2 soorten vermijding
 - Passieve vermijding: situaties uit de weg gaan die obsessies / angst triggeren
 - Actieve vermijding: dwanghandelingen stellen om angst / situatie te neutraliseren



EXPOSURE MET
RESPONSPREVENTIE

- Elke keer dat cl de impuls voelt , deze achterwege laten → daardoor ook blootstelling aan de obsessies en/of risico
 - Oefenen in dagdagelijks leven
 - CL geeft zelf aan met welke oefeningen hij wil starten
 - + aanleren hoe omgaan met onrust / spanning

EXPOSURE MET RESPONSPREVENTIE

Aandachtspunten:

- Doelstelling
- Soms is het zoeken naar waaraan blootgesteld dient te worden
- Omgeving niet vergeten!
- Zonder ongemak gaat het niet
 - Onrust leren verdragen is essentieel
- Uitstekende videos van Katie D'Ath (youtube)

OCD: IS BEHANDELING EFFECTIEF?

- Verbetering bij 75%-85% van de patiënten
- Verbetering afhankelijk van:
 - Ernst van de klachten
 - Aard van de dwang
 - Inzicht
 - Dissociatie
- Maar:
 - Non-response op behandeling ('behandelresistentie')
 - Restklachten

WAAROM IK BLIJ BEN MET VANDAAG

IK ZIE BEST WAT LICHTPUNTEN

- In Vlaanderen was de aandacht voor OCD echt beperkt
- De samenwerking tussen zorgverleners en ervaringsdeskundigen is zo essentieel
 - Recht doen aan diversiteit
- Het hulpverleningslandschap heeft vandaag meer te bieden:
 - Specifieke expertise
 - Intensievere psychologische behandelopties
 - Indien nodig in combinatie met meer biologische behandelopties

IK ZIE BEST WAT LICHTPUNTEN

- Betere informatie voorhanden



MAAR

- We hebben wel nog een weg te gaan:
 - Stigma
 - Verdere uitwerking van een aangepast behandelaanbod
- Maar samen kunnen we ver komen
- Misschien moet het niet perfect maar wel beter 😊

Dank u voor de aandacht!

Prof Dr. Ernst Koster

Contact: ernst.koster@ugent.be

Connect on LinkedIn

<https://www.ugent.be/pp/ekgp/nl/research/research-groups/panlab/>

Publicaties: [Googlescholar](#)

