

# 'EEN KWESTIE VAN DOEN'

## GEDRAGSTHERAPIE BIJ EEN EIGENZINNIGE ADOLESCENTE MET DWANG

Maud, een zestienjarige adolescent, komt voor behandeling van een dwangstoornis. Haar dwanggedachten zijn haar belangrijkste klacht. Een eerdere behandeling had volgens haar te weinig effect; zij vond de cognitieve therapie lastig en vervelend. De vraag rijst of dwanggedachten ook zonder CT behandeld kunnen worden. Ja, blijkt uit het verloop van de behandeling, en ook uit literatuuronderzoek. Lees hier een sprekend voorbeeld van een *evidencebased* aanpak in de praktijk.

MIRTEN HALVERHOUT

**A**ls wij een kind of jongere met een dwangstoornis gaan behandelen, weten we wat ons te doen staat: exposure en responspreventie, en eventueel ook cognitieve therapie. Als het kind of de jongere last heeft van akelige gedachten, doen we zeker ook cognitieve therapie. De combinatie exposure en responspreventie met cognitieve therapie is de bewezen effectieve behandeling bij dwang. Maar wat te doen als de betreffende jongere zo haar eigen ideeën heeft over wat er wel, en vooral ook niet moet gebeuren? Over die vraag gaat dit artikel.

### DE PROBLEMEN VAN MAUD

Maak kennis met Maud, een zestienjarige adolescent die verwezen is vanwege een dwangstoornis, waarbij dwanggedachten haar belangrijkste klacht zijn. Daarnaast vertoont zij veel vermijdingsgedrag. Bij aanvang van de behandeling vertelt Maud dat zij absoluut niet over haar dwanggedachten of obsessies wil praten. In een eerdere behandeling heeft ze dit als lastig en vervelend ervaren. Het gaat volgens haar niet om praten, maar genezen is een *'kwestie van doen'*. Gezien de toonaangevende literatuur over behandeling van dwanggedachten, gaf dit weinig hoop op succes. Voor mij als orthopedagoog, destijds in opleiding tot cognitief gedragstherapeut, werd dit een uitdaging.

Toen Maud twaalf jaar was, ontwikkelden zich dwangproblemen. Op veertienjarige leeftijd kwam zij hiervoor in behandeling. Deze behandeling, cognitieve gedragstherapie, duurde een jaar en had weinig succes. Hoewel er ook dwangklachten verdwenen, bleven veel angsten bestaan. Maud vertelt zelf dat de therapie haar wel inzicht gegeven heeft in haar dwang. Het bleef echter bij het ontrafelen van haar cognities. Wanneer Maud aangaf niet over deze gedachten te willen spreken,

bestempelde de behandelaar dit volgens haar als 'vermijding' en was dit een reden te meer om de gedachten verder uit te dagen. Exposure en responspreventie bleven uit. De cognitieve therapie frustreerde Maud en ze stopte voortijdig met de behandeling.

De huidige klachten zijn vrij plotseling ontstaan. Toen Maud zich samen met haar zusje op een site had opgegeven met een gebruikersnaam en wachtwoord, bedacht zij dat haar adres nu opgespoord zou kunnen worden, waarna haar iets kon worden aangedaan. Deze gedachte bleef haar achtervolgen, waardoor zij steeds minder op

### OP STRAAT KEEK ZIJ VEELVULDIG OM

de computer durfde te doen. In eerste instantie had zij die angst alleen bij sites waar je moet inloggen, zoals Hyves, MSN en Facebook; later breidde deze zich uit tot alles wat met de computer te maken had. De computer belandde onderin de kast. Korte tijd later durfde zij om dezelfde reden haar bankpasje en mobiele telefoon niet meer te gebruiken. Ook onderwerpen die te maken hebben met geweld of misdaad zorgden bij Maud steeds meer voor angst. Op straat keek zij veelvuldig om, uit angst dat ze achtervolgd zou worden en dat iemand haar iets zou aandoen.

### HET EERSTE GESPREK

Tijdens het eerste contact is Maud terughoudend en wantrouwig. De nadruk van de eerdere behandeling op het veranderen van haar disfunctionele cognities ligt duidelijk nog vers in haar geheugen. Tijdens ons gesprek

is ze er zeer helder over dat ze dit niet meer wil. “Julie zullen wel weer vinden dat ik eerst aan die cognities moet werken. Als dat zo is, start ik niet met een behandeling.” Ik dacht, als haar behandelaar: Zo, de toon is gezet, hoe moet ik dit nu oplossen? Het is mij duidelijk dat zij wil uitmaken wat er gaat gebeuren. Maar ook dat ze weinig vertrouwen heeft in de gang van zaken. Tegelijkertijd is Maud zeer gemotiveerd om korte metten te maken met haar dwang en bijbehorende angsten. Het is aan mij om te onderzoeken hoe ik haar motivatie kan gebruiken om haar cognities aan te pakken. Als ik nu afwacht, bedenk ik, komt er later wel een goed moment om haar op socratische wijze te overtuigen van de noodzaak van cognitieve therapie voor het veranderen van haar cognities. Ik besluit haar wantrouwen geen onderwerp van gesprek te maken, maar mee te bewegen met haar wensen. Maud wil graag het voortouw; ze krijgt het! Ik complimenteer haar, en zeg dat ik vind dat ze heel duidelijk is geweest en dat ik dat waardeer. Ze heeft goed over haar behandeling nagedacht. Ik vertel dat ik wil nagaan of een behandeling op basis van exposure en responspreventie succesvol kan zijn.

## METINGEN

Bij de voormeting van de CY-BOCS noemt Maud ernstige dwangklachten. De score valt in het klinisch gebied. Zie voor de beschrijving van dit meetinstrument en de scores box 1.

De literatuur die ik vond, onderzocht niet specifiek de behandeling exposure en responspreventie (ERP) wanneer ‘dwanggedachten’ de belangrijkste klacht is. Ik start met voldoende vertrouwen de behandeling, maar houd mijn geheime plannetje toch nog even geheim. Zie voor de beschrijving van mijn literatuuronderzoek box 2.

## BEHANDELING

Tijdens het adviesgesprek bespreek ik met Maud en haar moeder dat we van het standaardprotocol *Bedwing je dwang* (De Haan & Wolters, 2009) zullen afwijken. In dit protocol start de behandelaar met psycho-educatie. Als ‘dwanggedachten’ de belangrijkste klacht vormen, biedt de behandelaar eerst cognitieve therapie aan, in plaats van de gebruikelijke volgorde ERP en dan CT. Gezien Mauds eerdere ervaring met cognitieve gedragstherapie, wil ik de sessies over psycho-educatie en cognitieve interventies overslaan, en meteen starten met exposure en responspreventie (ERP). Zowel Maud als haar moeder stemmen in met dit voorstel, en op het gezicht van Maud verschijnt een opgeluchte glimlach.

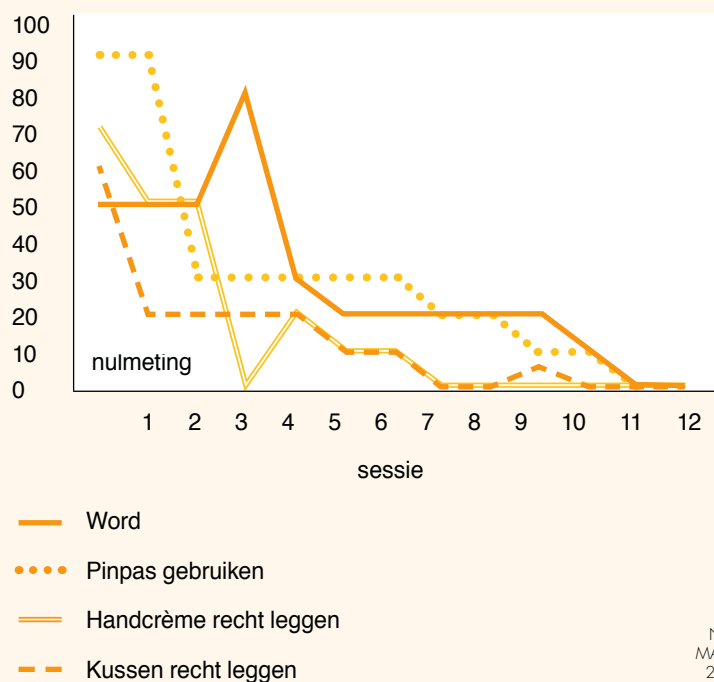
Geheel volgens afspraak beginnen we de eerste sessie met een inventarisatie van de dwanghandelingen en het vermijdingsgedrag (dus niet de dwanggedachten). Met behulp van een registratieformulier registreert Maud die week hoe vaak de dwanghandelingen zijn voorgekomen, hoeveel last zij hiervan had en welke situaties zij heeft vermeden. Voor de mate van last maakt ze gebruik van een oplopende schaal van nul tot honderd, die in het werkboek *Bedwing je dwang* staat. Hierbij betekent een 10 bijvoorbeeld dat de oefening heel gemakkelijk is, een 50 dat het redelijk moeilijk is; bij een 100 lijkt de oefening wel onmogelijk. Zie figuur 1.

Foto Aleid Denier van der Gon



De foto's bij dit artikel zijn illustratief. De afgebeelde persoon is niet dezelfde als die in het artikel.

Figuur 1. CY-BOCS voor-, tussen- en nameting



## Box 1: Metingen

De Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Child version (CY-BOCS) is een semigestructureerd interview om de ernst van dwanggedachten en -handelingen te meten. De CY-BOCS heeft vijf vragen over dwanggedachten en vijf over dwanghandelingen, waarbij voor beide de tijd die de dwangproblemen kosten, de verstoring van het dagelijks leven, de angst en wanhoop, de mate van verzet en de mate van controle, gescoord worden op een vijfpuntsschaal van 0 (helemaal niet) tot 4 (ernstig). De range loopt van 0-40 en een totaalscore van hoger dan 16 wordt beschouwd als vallend in de klinische range (De Haan, 1997). Een score van 10 tot en met 17 wordt als mild gezien (beangstigend maar niet noodzakelijk het functioneren beperkend), 18 tot en met 29 als matig (beangstigend en het functioneren beperkend) en 30 of hoger als ernstig (zeer angstig en het functioneren zeer beperkend) (Barret & Healy, 2003).

### CY-BOCS

Ruwe scores	Voormeting	Tussenmetingen		Nameting
		12 weken	24 weken	33 weken
Dwanggedachten	11	7	3	1
Dwanghandelingen	10	3	1	1
Totaal	21	10	4	2

## EXPOSURE EN RESPONSPREVENTIE

Maud heeft een week precies bijgehouden welke dwanghandelingen ze heeft en hoeveel last zij hiervan ervaart. Op basis hiervan maken we een exposurehiërarchie. Bij het maken van een hiërarchie maken we gebruik van rode en groene kaartjes. Op de rode kaartjes schrijft ze de dwanghandelingen waarvan ze het meeste last heeft, ofwel in intensiteit, ofwel in frequentie. Op de schaal van 0 tot 100 hebben deze meestal een cijfer 60 of hoger. Op de groene kaartjes staat de dwang waarvan ze minder last heeft. De situaties die zij vermijdt, worden ook op de kaartjes geschreven. Ik opper om de verschillende dwanghandelingen onder te verdelen in kleine stapjes, maar Maud wil hier niets van weten. Ze doet het wel, of ze doet het niet, zegt ze.

Op de kaartjes, vooral de rode, staan grote stappen. Ik heb grote aarzelingen of Maud dit ooit in één keer zal kunnen. Zou het mislukken hiervan haar de moed niet weer ontnemen? Maar Maud is beslist: geen kleine stapjes.

Dan adviseer ik Maud een kaartje te kiezen waarvan ze verwacht dat het die week ook zal lukken. Dit om teleurstelling of demotivatie te voorkomen. Als eerste kaartje kiest zij echter meteen een rood en dus moeilijk kaartje: *Kussen recht leggen* (60). Zij zegt er vrijwel zeker van te zijn dat dit haar gaat lukken. Iedere avond voor ze gaat slapen moet haar kussen precies in het midden liggen, recht! Deze week gaat ze het op een gewone manier doen, één keer neerleggen en dan gaan liggen. Om te voorkomen dat Maud de lat de eerste keer misschien wat te hoog legt, opper ik nog als doel te stellen dat het twee of drie keer zal lukken, deze week. Maud is hier echter niet voor te porren.

Het is duidelijk dat mijn kleine rukjes aan het voortouw hier geen enkel effect sorteren. Ik kan niet anders dan

met haar grote stappen akkoord gaan en wacht vol spanning de volgende sessie af.

De week na de kussenopdracht vertelt ze dat ze de dwanghandeling 'zo zat' was dat ze voor het slapen gaan zowel gestopt is met haar kussen recht leggen als met het controleren van de deur en het licht. De onrust door de dwang zorgde er ook voor dat ze moeilijk in slaap valt en vaak nog tot 2 à 3 uur wakker ligt. Het nalaten van een aantal dwanghandelingen voor het slapen gaan, zorgde voor rust en zij viel sneller in slaap. De angst is bij alle drie de dwanghandelingen drastisch gedaald: van respectievelijk 60/60/50 naar 20. Wanneer ik haar vraag hoe haar dat gelukt is, geeft zij een opvallend antwoord. Maud zegt dat het voor haar belangrijk is om steeds te denken: "Ik ben sterker dan de angst."

Als ze deze goede cognitie in de vorm van een helpende gedachte benoemt, zie ik een kans om mijn socratische techniek in te zetten. Ik concludeer echter ook dat haar eerste oefening zo goed is gegaan dat ik met cognitieve therapie waarschijnlijk geen beter resultaat had bereikt. Voorlopig doe ik dus nog niets. Met behulp van de kaartjes werken we wekelijks aan de dwanghandelingen en het vermijden van verschillende situaties. Uitgangspunt is steeds om te kijken hoe zij een handeling op een 'gewone' manier kan doen, of liever: zoals de meeste mensen deze doen. Vaak bedenkt ze zelf de stappen en soms doen we dat samen, hoewel mijn bijdrage maar klein mag zijn.

## SAMEN ACHTER DE COMPUTER

Maud vertelt dat ze door de opdrachten die ze voor school op de computer moet maken, steeds meer in de problemen raakt. Zij moet voor haar eindexamen een boekverslag op de computer maken en dit via de website van school op het *blackboard* zetten. Maud stelt het maken van deze opdracht al weken uit. De leerkracht heeft nu tegen haar gezegd dat zij haar boekverslag binnen een week via het intranet moet inleveren, omdat zij anders een onvoldoende krijgt. Dit zou consequenties kunnen hebben voor het cijfer van haar eindexamen. Eerder kreeg zij om dezelfde reden al een 1 voor haar verslag. Maud durft absoluut niet achter de computer, uit angst dat iemand haar persoonlijke gegevens zou kunnen identificeren, en haar of haar familie iets zou aandoen.

Maud schaamt zich erg voor haar dwang. Ik bied aan naar school te bellen en de docent te laten weten dat zij een goede reden heeft waarom ze haar verslag nu niet digitaal kan inleveren. Maud wil echter niet op mijn aanbod ingaan.

Dit had ik natuurlijk kunnen weten. Wat moet ik nu doen? In deze fase van de behandeling is het nog te vroeg om dit probleem aan te pakken. En al zouden we dat doen, dan nog zou het niet binnen een week opgelost zijn. Ik besluit het probleem in tweeën te delen: het verslag en het digitaal inleveren. Het eerste is vrij gemakkelijk op te lossen. Het verslag maken kan ook zonder internet. Daar gaan we dan maar mee beginnen. Over het inleveren bij de leraar hebben we het verder niet.

Tijdens de behandelsessie gaan Maud en ik achter mijn computer zitten. Ik vraag haar of iemand op haar computer zou kunnen inbreken wanneer zij in een Word-

bestand werkt en geen internetverbinding maakt. Maud zegt dat dat niet kan. We spreken af dat ze die week op school haar verslag in Word maakt en het op papier inlevert.

Opnieuw moet ik tijdens deze sessie mijn tong afbijten om geen gebruik te maken van een (cognitieve) kansberekening. Ik stel haar daarom gewoon de vraag of iemand op haar computer kan inbreken. Haar antwoord is 'nee'. Dit antwoord verbaast me; ik realiseer mij dat ik mijn socratische techniek nog steeds niet heb hoeven inzetten. Ik concludeer: waarom moeilijk doen als het makkelijk kan?

Bij de volgende sessie blijkt dat Maud inderdaad haar verslag heeft ingeleverd. Ze heeft tegen de leerkracht gezegd dat zij een goede reden heeft waarom zij het niet op het *blackboard* van de school heeft gezet. Gelukkig heeft Maud een flexibele leerkracht. Hij gaat akkoord met haar 'goede reden' en Maud krijgt een ruim voldoende voor haar verslag. Op het rode kaartje waarop

## EERST IS ZE TERUGHOUDEND EN WANTROUWIG

*Vermijden van werken met Word* staat, zakt haar cijfer van 50 naar 30, en een week later naar 20. Maud vertelt dat het overwinnen van haar dwang haar een opgelucht gevoel geeft.

Ik vind het stiekem toch leuk om te merken dat Maud niet wilde dat ik voor haar naar school belde. Achteraf blijkt dat ik haar met dit voorstel impliciet heb laten zien hoe ze haar leraar kan laten weten dat ze haar boekverslag niet digitaal zal inleveren. Een expliciet advies had ze waarschijnlijk nooit aanvaard.

### ALLES OF NIETS

De kaartjes met andere dwanghandelingen en situaties die Maud vermijdt, verlopen wisselend. Het 'perfectonistische' karakter van Maud – 'ik doe alles of niets' – maakt het soms extra lastig voor haar. Maud stelt hoge eisen aan zichzelf en als ze daar niet aan voldoet, gooit ze al snel de handdoek in de ring. Zo koos Maud bijvoorbeeld het kaartje *Handcrème recht leggen*, wat betekent dat ze die week de handcrème *niet* recht legt en liefst juist wat scheef. De eerste avond bleek deze opdracht te lastig en dus was haar opdracht mislukt. Het idee 'dat het mislukt was' gaf voor de overige dagen weinig motivatie om dit nog te doen.

Het is ingewikkeld in deze houding verandering te brengen. Minder moeilijke oefeningen afspreken, zou de kans op slagen aanzienlijk vergroten. Maar dat wil Maud nu juist niet. Praten over haar hoge eisen en perfectionisme en morrelen aan die opvattingen heeft geen zin. Het is duidelijk dat Maud dat niet wil. Gewoon doen, is immers haar adagium. Daarom stel ik haar toch nog maar een keer een iets lagere eis voor: van de zeven dagen moet het vier keer goed gaan. Het kan dan dus ook nog fout gaan, zonder dat de oefening meteen mislukt is.

## Box 2: De behandeling van dwang in de literatuur

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de *evidencebased* behandeling van dwangstoornis bij kinderen en adolescenten (Aacap, 2012). Hoewel in een groot aantal onderzoeken is aangetoond dat CGT de meest effectieve behandeling is bij volwassenen, is slechts een klein aantal onderzoeken gedaan naar de behandel-effectiviteit bij kinderen en adolescenten. In een Cochrane Review naar onderzoek dat aan zeer hoge methodologische eisen voldoet, kwamen tot acht onderzoeken bij 343 kinderen en adolescenten. Geconcludeerd werd dat CGT ook bij kinderen een effectieve behandeling is (O'Kearny e.a., 2010). De vraag is echter of het onderdeel cognitieve therapie, aandacht voor cognities, essentieel is voor het welslagen van de behandeling. Uit onderzoek zou dan moeten blijken dat: 1) cognitieve therapie effectiever is dan exposure en responspreventie; 2) cognities in een behandeling eerder veranderen dan gedrag. In 1994 deden van Oppen e.a. als eerste een gecontroleerde studie (N = 71) waarbij gekeken werd naar de effectiviteit van CT volgens Beck (1976) en Salkovskis (1985) versus een behandeling middels exposure en responspreventie. Van Oppen e.a. concluderen dat er in de behandeling van CT in vergelijking met ERP geen significante verschillen werden gevonden. Cottraux e.a. (2001) deden vergelijkbaar onderzoek, bij 65 patiënten. Zij vonden zowel op korte termijn als bij een langetermijnfollow-up, na 52 weken, geen verschil in behandelresultaat. Whittal e.a. (2005) deden een studie bij 59 patiënten en onderzochten ook de mogelijke verschillen in effectiviteit. Hoewel zij bij CT meer effectiviteit vonden, was dit verschil niet significant.

Dit zijn alle studies bij volwassenen. Eén studie van Simons e.a. (2006) betreft tien kinderen en adolescenten (8-17 jaar) met OCS. In deze studie werd de relatief nieuwe behandelmethode, metacognitieve therapie (MCT), vergeleken met ERP. Geconcludeerd werd dat er geen significante verschillen waren in de behandel-effectiviteit.

Vooralsnog kan dus geen verschil in behandel-effectiviteit tussen CT en ERP worden aangetoond. De tweede vraag is: veranderen cognities eerder dan gedrag?

Anholt e.a. (2008) vroegen zich af of het veranderingsproces bij patiënten behandeld met CT anders is dan bij patiënten behandeld met ERP. Geen verschil werd vastgesteld. Daarnaast vonden zij dat veranderingen in *dwanghandelingen en niet in dwanggedachten* een voorspellende factor leek voor een succesvolle behandeling. Polman e.a. (2010) keken ook naar het veranderingsproces en vonden dat het per individu verschilt hoe het verbeterproces verloopt. Bij de ene cliënt verbeterden de cognities eerst, bij de ander het gedrag.

Wolters e.a. (2011) onderzochten het werkingsmechanisme van de CGT bij kinderen en adolescenten met OCS en keken of het veranderen van disfunctionele cognities een werkingsmechanisme is. Hiervoor vinden zij geen aanwijzingen. De rol van disfunctionele gedachten lijkt al met al evident. Deze kunnen storend werken en vermindering van deze klachten is zeer gewenst. Maar het als eerste veranderen van cognities door middel van cognitieve therapie is niet noodzakelijk voor een effectieve behandeling.

Op basis van literatuur kan geconcludeerd worden dat noch cognitieve therapie, noch het eerst veranderen van cognities noodzakelijk zijn voor een effectieve behandeling.

Tot mijn verbazing gaat Maud nu wel akkoord met de oefening in iets afgezwakte vorm. Op deze manier kan zij haar visie dat het een 'kwestie van doen' is handhaven, en daar gaat het haar om. De oefening gaat zeven van de zeven dagen gewoon goed!

### EXAMENSTRESS

Het gaat al een tijd een stuk beter. De dwangproblemen zijn aanzienlijk verminderd. Tegen de tijd echter dat



De foto is bij dit artikel zijn illustratief. De afgebeelde persoon is niet dezelfde als die in het artikel.

Maud eindexamen moet doen, wordt zij bang dat de dwang weer zal terugkomen vanwege de stress voor het examen.

Dit is een reële gedachte. Het is immers bekend dat in een stressvolle periode de kans op toename van dwang groter is. Omdat Maud enigszins allergisch is voor de terminologie, kan ik het met haar niet over gedachten of cognities hebben, terwijl het daar nu natuurlijk om draait. Er is echter opnieuw geen reden om cognitief therapeutische interventies te overwegen. De gedachten hebben niets met de dwang te maken. Ik besluit het over stressreductie te gaan hebben en haar te vragen hoe we de stress zouden kunnen verminderen.

Ik vertel Maud dat dwang inderdaad vaak terugkomt in stressvolle tijden en zeg haar dat we aan stressreductie zouden kunnen doen. Hoe zou de examenstress vermindert kunnen worden? Maud heeft daar duidelijke ideeën over: een goede planning en zich strak aan het schema houden, zullen helpen om de stress te verminderen, meent zij. Bovendien vindt ze dat ze geen reden heeft om te twijfelen of ze het examen wel zal halen. Ze besluit een goede planning te maken en zich eraan te houden. En dat examen gaat ze 'gewoon doen'. Ze gaat vol vertrouwen het examen in, en... slaagt! Tijdens het examen heeft ze zelfs minder last van de dwang. Ze had voor dwanghandelingen vaak even geen tijd, vertelt ze later.

Maud pakt na haar examen de draad weer goed op en is gemotiveerd. Ze heeft vakantie, voelt zich prettig en heeft vrijwel geen last van haar dwang (zie tussenmeting in box 1). We spreken een therapiepauze af en kijken na de vakantie hoe het gaat.

## NIEUWE SCHOOL

In september start Mauds nieuwe school en dit is spannend voor haar. Twee weken daarvoor zie ik haar weer. Ze vertelt dat ze zich heeft voorgenomen dat ze pas één dag voor ze naar school gaat, nerveus mag worden. Eerder heeft volgens haar geen zin. Ze heeft een goede start op school en is (bijna) volledig zonder dwang. Ze moet nog één ding recht leggen, maar heeft hier eigenlijk weinig last van; deze handeling lijkt bovendien meer een automatisme te zijn geworden. Een enkele keer borrelt er nog een angstige gedachte op, maar deze leidt niet tot het uitvoeren van een dwanghandeling.

Met deze laatste opmerking van Maud borrelt bij mij nog één keer de gedachte op om wellicht toch nog een cognitieve techniek in te zetten, maar ik bedwing me. Maud had gelijk, het was voor haar een 'kwestie van doen'. De cognitieve therapie vond ze vervelend en had zij bovendien niet nodig. En zelf heb ik het niet gemist...

Enkele weken erna spreek ik haar nog een keer. Haar laptop staat op haar bureau; ze werkt hier dagelijks mee voor school. Ze heeft een leuke klas, maakt vriendinnen en het lukt haar steeds beter om activiteiten buitenshuis te zoeken. Ze laat zelfs weten dat ze naar een feest is geweest en in de kleine uurtjes thuiskwam. Haar ouders krijgen er wellicht langzaam een andere zorg bij. Maar natuurlijk had Maud dit feestje nauwkeurig gepland en blijft zij voorzichtig. Wel had ze, als een gezonde tiener, kunnen genieten.

## DE OUDERS VAN MAUD

Met de ouders van Maud bespreek ik hun rol in het verminderen of soms juist het in stand houden van de dwang van Maud. Bijvoorbeeld wanneer Maud vermijdt haar pinpas te gebruiken en haar vader dan aanbiedt haar kleren te betalen. Ik begrijp dat iedere tiener dit aanbod van zijn of haar vader erg zou waarderen, maar bij een dochter met deze dwang is dat minder handig. De moeder van Maud (h)erkent dat haar echtgenoot en zij Maud soms dingen uit handen willen nemen wanneer ze zien dat bepaalde handelingen veel angst bij haar oproepen. Ze willen Maud dan graag helpen. We bespreken dat Maud de hulp van haar ouders en steun inderdaad hard nodig heeft, maar dat zij Maud niet helpen met het uit handen nemen van dingen die moeilijk voor haar zijn. Ze zouden hun dochter juist kunnen helpen door haar te stimuleren bepaalde dingen weer zelf te gaan doen. In de weken na dit gesprek hoor ik via Maud dat haar vader en moeder regelmatig even vragen of ze bijvoorbeeld niet nog even achter de computer moet. Ook laten zij haar zelf informatie over haar nieuwe school op de computer opzoeken, terwijl het voorheen zo vanzelfsprekend was dat haar vader dit voor haar deed als ze dit vroeg.

Tot slot bespreken we een terugvalpreventieplan. Maud vertelt dat ze haar eigen valkuil nu herkent. De gedachte dat ze het uitvoeren van dwanghandelingen nu achter

zich heeft gelaten en niet meer wil doen, zorgt ervoor dat ze zichzelf kan motiveren om hetgeen ze heeft geleerd nu in praktijk te brengen. In haar eigen woorden moet ze het nu 'gewoon blijven doen'. Maud is er zeker van dat het haar gaat lukken de dwang eronder te houden. Er volgt nog een follow-upgesprek en een nameting na twee maanden (zie box 2).

## DISCUSSIE

Bij de problemen van Maud, die erg veel dwanggedachten had, zou een cognitieve therapie een voor de hand liggende behandeling zijn. Er lag echter een dringend verzoek van Maud om hier niet voor te kiezen. Hierdoor stelde ik mijzelf de vraag of CT nu eigenlijk essentieel is in de behandeling van OCS? Kan ik als behandelaar ook zonder CT? Gesteund door literatuur waarin ik las dat behandeling op basis van alleen ERP net zo effectief zou (kunnen) zijn, heb ik besloten om de behandeling op deze manier te doen.

In de metingen van de CY-BOCS is goed te zien dat de dwang van mijn cliënte in korte tijd is afgenomen (figuur 1). Het is interessant om in deze behandeling met ERP te constateren dat er niet alleen een positief effect te zien is op de dwanghandelingen, maar ook op de dwanggedachten. Kennelijk is een formele cognitieve therapie

## MAUD WIL HET VOORTOUW; ZE KRIJGT HET!

zoals beschreven door Salkovskis geen voorwaarde voor het veranderen van cognities. Cognities kunnen op vele manieren veranderen.

De vraag dringt zich op waarom deze behandeling voor Maud effectiever was dan de eerdere. Is dit inderdaad omdat, zoals zij zelf zei, cognitieve gedragstherapie met nadruk op de cognitieve therapie, niet (voldoende) werkt voor haar? Is het omdat ze de dwang nu 'zo zat' was dat haar motivatie groter was om hieraan te werken? Of deden we misschien ongemerkt toch ook soms cognitieve therapie en was het niet alleen ERP? Hierbij denk ik aan alle keren dat ze zelf helpende gedachten formuleert en zegt: "Maar dan dacht ik: ik doe het gewoon en dan was het helemaal niet meer eng." Was het dus misschien de cognitieve 'het is een kwestie van doen' die een sleutelrol speelde? En als dat zo is, zeggen we dan dat het formuleren van een positieve gedachten binnen een behandeling meteen al CT is?

Feit is dat de behandeling gericht was op dwanghandelingen en vermijden, en ik hiervoor alleen gebruik heb gemaakt van ERP. Er was geen sprake van cognitieve therapie zoals in de literatuur door Salkovskis is beschreven. In deze behandeling werd duidelijk dat cognities ook zonder expliciete cognitieve therapie kunnen veranderen.

Een ander issue in deze behandeling was Mauds extreem grote zelfstandigheid. Vooral in het begin was zij zeer beslist in wat ze wel en niet wilde. Toch waren er

ook interventies die anders moesten dan zij wilde. Mijn strategie om haar zoveel mogelijk naar eigen oplossingen te vragen en haar te laten bepalen wat er ging gebeuren, en pas als het echt niet goed ging, voorzichtig wat alternatieven aan te dragen, heeft er waarschijnlijk toe bijgedragen dat ze tenslotte ook wel wat van mij aannam.

Maud heeft gelukkig geleerd hoe ze haar dwangproblemen kan overwinnen.

En ik heb veel van háár geleerd.

## LITERATUUR

- > Aacap (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.
- > Anholt, G.E., Kempe, P., Haan, E. de, Oppen, P. van, Cath, D.C., Smit, J.H., & Van Balkom, A.J.L.M. (2008). Cognitive versus behaviour therapy: Processes of change in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 38-42.
- > Barret, P.M., & Healy, L.J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 14, 285-299.
- > Beck, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International University Press.
- > Cottraux, J., Note, I., Yao, S.N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M., & Dartigues, J.F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 288-297.
- > Haan, E. de (1997). *Dwangstoornis bij kinderen en volwassenen: Effectiviteit, behandeling en predictie van het resultaat*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Bureau Beta.
- > Haan, E. de., Wolters, L.H. (2009). *Bedwing je dwang. Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten. Met het cognitief-gedragstherapeutische protocol bedwing je dwang*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- > O'Kearny, R.T., Anstey, K.J., Sanden, C. von, & Hunt, A. (2010). *Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents*. Review. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library, 2010, Issue 1.
- > Oppen, P. van, & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- > Polman, A. (2010). *Dysfunctional beliefs in the understanding & treatment of obsessive-compulsive disorder*. Academisch proefschrift. Den Haag: Parnassia Bavo Groep.
- > Salkovskis, P.M. (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behavioral Research and Therapy*, 23, 571-583.
- > Salkovskis, P.M. (1985). Obsessive-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- > Simons, M., Schneider, S., Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric OCD: case series with randomized allocation. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 75, 257-264.
- > Whittal, M.L., Thordarson, D.S., & McLean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559-1576.
- > Wolters, L.H. (2013). *Towards improving treatment for childhood OCD: Analyzing mediating mechanisms & non response*. Academisch proefschrift. Ede: Ponsen & Looijen.
- > Wolters, L.H., Haan, E. de, & Paauw, C. (2009). *Bedwing je dwang Werkboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.