

# EEN INDIVIDUEEL AFGESTEMDE COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUTISCHE BEHANDELING BIJ EEN 16-JARIG MEISJE MET EEN OBSESSIEVE COMPULSIEVE STOORNIS

Linda Korrel<sup>1</sup>

*Petra is een 16-jarig meisje dat gediagnosticeerd is met een obsessieve compulsieve stoornis. Ze is opgenomen op de residentiële observatiegroep voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Er is op hoge frequentie cognitieve gedragstherapie ingezet volgens het protocol 'Bedwing je dwang' met als doel het verminderen van de dwanghandelingen. Gedurende de therapie bleek de angst voor sociale afwijzing de aanleiding en in stand houdende factor te zijn van de dwanghandelingen van Petra. De therapie is op maat gemaakt voor Petra en gericht op het vergroten van haar zelfvertrouwen. Door de therapie af te stemmen op de behoeften en signalen van Petra en intensieve samenwerking tussen de observatiegroep, school en de therapeut is zij na een half jaar bijna geheel klachtenvrij.*

## **Inleiding**

Een obsessieve compulsieve stoornis (OCS) kenmerkt zich door dwanggedachten en -handelingen. Dwanggedachten zijn terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen. Dwanghandelingen bestaan uit herhaald gedrag of geestelijke handelingen die de persoon uitvoert als reactie op een obsessie of die worden uitgevoerd volgens strikte regels. Beide zijn gericht op het verminderen of voorkomen van spanning en worden door de persoon als zinloos, maar oncontroleerbaar ervaren. Wanneer een persoon door deze dwanggedachten of dwanghandelingen problemen ondervindt in het dagelijks leven en hier meer dan één uur per dag aan besteedt, is er sprake van een OCS (American Psychiatric Association, 2000). Comorbiditeit bemoeilijkt het diagnosticeren, maar zeker ook het behandelen van een persoon met OCS. Uit onderzoek blijkt dat een OCS een grote comorbiditeit heeft met depressie, sociale fobie en alcoholverslaving (Douglass, Moffitt, Dar, McGee & Silva, 1995), evenals met Gilles de la Tourette (Do Rosario-Campos et al., 2005).

Petra is een zwakbegaafd, 16-jarig meisje waarbij de diagnose OCS gesteld is. Haar dwangmatige gedrag bestond uit urenlang make-up opdoen tot het goed genoeg zat. Wanneer zij hierin gestopt werd of druk op haar werd uitgeoefend om op te schieten, werd ze boos en verdrietig. Veelal betekende dit dat het nog langer duurde voordat zij klaar was. Petra is door haar ouders en bij eerdere hulpverleningsinstellingen beschreven als een onzeker meisje dat gevoelig is voor kritiek. Ze heeft moeite om contact met leeftijdsgenoten te maken en vriendschappen te onderhouden. Haar dwang is geleidelijk ontstaan en uiteindelijk kon zij 13 uur bezig zijn met het opdoen van haar make-up. Hierdoor was er sprake van schoolverzuim, had Petra geen vrienden meer en geen hobby's of andere vrijetijdsbestedingen

De moeder van Petra heeft ook dwangklachten. Moeder en dochter leken elkaar te versterken in hun dwanghandelingen. Omdat ambulante hulpverlening ontoereikend is gebleken, is zij aangemeld bij een jeugdhulpverleningsorganisatie voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking.

---

<sup>1</sup> Linda Korrel is als behandelcoördinator/orthopedagoog (MSc) werkzaam bij een orthopedagogisch behandelcentrum in Noord-Holland. Correspondentie: l\_korrel@hotmail.com

Bij de aanmelding is overwogen welke behandelvorm het beste zou aansluiten bij de hulpvraag van Petra. Er hebben ook veel systeemfactoren meegespeeld bij het ontstaan en in stand houden van de problematiek van Petra. Daarom leek een klinische ortho-psihiatrische behandeling met aandacht voor de in stand houdende factoren in de thuissituatie passend. De mate van het dwangmatige gedrag is van dien aard geweest dat een klinische opname is ingezet om de spiraal waarin het gezin verkeerde te doorbreken. Petra is opgenomen op een observatiegroep voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek waar diagnostiek, therapie en gezinsbegeleiding onderdeel van het hulpverleningstraject zijn.

Direct nadat Petra is verhuisd naar de observatiegroep, is de therapie gestart. Er is gekozen voor behandeling volgens het protocol 'Bedwing je dwang'. Dit is een cognitief-gedragstherapeutische behandeling waarbij gebruik gemaakt wordt van exposure, responspreventie en cognitieve gedragstherapie (De Haan & Wolters, 2009). Deze behandeling is onder andere gebaseerd op het twee fasen model van Mowrer (1960). Dat model gaat ervan uit dat klassieke conditionering een grote rol speelt in het ontstaan van de klachten. Angsten zouden ontstaan na een traumatische gebeurtenis. De situatie of omgeving waarin dit gebeurd is, veroorzaakt vervolgens gevoel van angst (eerste fase). De handeling werkt angstverminderend, dat vervolgens het conditionerende effect heeft voor de dwangmatige uitvoering van die handeling (tweede fase).

Het cognitieve verklaringmodel van Salkovskis (1985) biedt daarnaast een aanvullende verklaring van de dwang. Dit model beschrijft dat de dwanghandelingen, ook wel dwangrituelen genoemd, ontstaan naar aanleiding van een gedachte waaraan de cliënt een betekenis toekent. Door die betekenisgeving ontstaat angst en de dwanghandeling is nodig om deze angst te verminderen.

De rituelen bieden echter alleen angstvermindering op korte termijn. Op lange termijn houdt het de dwangproblematiek juist in stand, doordat dwangmatig gedrag of dwangmatige gedachten nodig blijven om de angst af te laten nemen. Het doel van de dwangbehandeling volgens het protocol 'Bedwing je Dwang' is daarom het niet meer toepassen van dwangrituelen om de angst te verminderen. Dit gebeurt door middel van geleidelijke responspreventie (in kleine stapjes staken van de dwanghandelingen) en exposure om vermijdingdrang te voorkomen. Daarnaast wordt er in het protocol gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie, waarin de dwanggedachten en -handelingen en de aanleiding daarvan getoetst worden op juistheid en rationaliteit. Het protocol 'Bedwing je Dwang' beschrijft per sessie de stappen en onderdelen van de therapie. Er wordt begonnen met een inventarisatie van de klachten. Dit neemt enkele sessies in beslag. Vervolgens wordt er gestart met exposure en responspreventie door middel van oefeningen waarbij de dwanghandelingen in kleine stapjes verminderd worden. Tevens worden er cognitieve interventies gepleegd waarbij de dwanggedachten of interpretaties van de dwanghandelingen veranderd worden. Een belangrijk onderdeel in alle fasen van de behandeling is de registratie van de dwanghandelingen en -gedachten. De cliënt krijgt vanaf de eerste sessie de opdracht om de frequentie van de dwangrituelen te registreren. Hierdoor is het mogelijk een goed beeld te krijgen van de dwangrituelen en daarnaast werkt het motiverend voor de cliënt, doordat de ernst en afname van de problemen zichtbaar worden (De Haan & Wolters, 2009).

## **Methode**

Aangezien verondersteld werd dat de dwanghandelingen van Petra (langdurig opmaken van haar gezicht) gezien konden worden als copingstrategie, is er besloten om de copingstrategieën van Petra te onderzoeken. Er is gebruik gemaakt van de Utrechtse Coping Lijst (UCL). De normen, betrouwbaarheid en validiteit van de UCL zijn door de COTAN in 1994 als voldoende beoordeeld.

Zowel voorafgaand als aan het einde van de therapie is deze vragenlijst door Petra ingevuld. Deze vragenlijst heeft als doel: het vaststellen van karakteristiek copinggedrag bij confrontatie met

problemen of aanpassingsvereisende gebeurtenissen. Er worden in de lijst zeven copingstrategieën onderscheiden (Schreurs, Van de Willige, Borsschot, Tellegen, & Graus, 1993):

1. Actief aanpakken: De situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.
2. Palliatieve reactie: Afleiding zoeken en zich met andere dingen bezighouden om niet aan het probleem te hoeven denken; proberen zich wat prettiger te voelen door te roken, te drinken of zich wat te ontspannen.
3. Vermijden: De zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan, of afwachten wat er gaat gebeuren.
4. Sociale steun zoeken: Troost en begrip bij anderen zoeken en zijn of haar zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen.
5. Passief reactiepatroon: Zich volledig door het probleem en de situatie in beslag laten nemen, de zaak somber inzien, zich piekerend in zichzelf terugtrekken, niet in staat zijn om iets aan de situatie te doen; piekeren over het verleden.
6. Expressie van emoties: Zijn of haar ergernis of kwaadheid laten blijken en spanningen afreageren.
7. Geruststellende gedachten: Zichzelf geruststellen met de gedachte dat na regen zonneshijn komt, dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben of dat er nog wel ergere dingen gebeuren; zichzelf moed inspreken.

Vervolgens is de therapie met een frequentie van twee sessies per week gestart volgens het protocol 'Bedwing je dwang'. Het doel van de therapie was het verminderen van de dwanghandelingen. Naast individuele sessies is er intensief contact tussen de groepsleiding en de behandelcoördinator van Petra. Na elke sessie is er in het bijzijn van (en meestal ook door) Petra een overdracht gedaan aan de groepsbegeleiding over wat er tijdens de therapie besproken en gedaan was. Tevens heeft de therapeut na elke sessie een e-mail met een uitgebreidere overdracht van de belangrijkste elementen van die dag gestuurd naar de groepsbegeleiding en de behandelcoördinator van Petra. Hierdoor wist Petra dat de groepsbegeleiding op de hoogte was van de oefeningen en elementen van de therapie en is zij gestimuleerd om dit ook buiten de therapie te oefenen. Andersom is er ook contact geweest over bijzonderheden rondom Petra op de groep geweest. Daardoor kon de behandeling op de groep worden afgestemd op de therapie en andersom. Daarbij is er frequent contact met haar nieuwe school geweest. Hierdoor werd er een gezamenlijke en eenduidige benadering mogelijk en was het generaliseren van hetgeen in de therapie geoefend of besproken werd makkelijker voor Petra.

De eerste sessies zijn gebruikt voor kennismaking en inventarisatie van (het ontstaan van) haar dwangklachten. Petra beschreef verschillende sociale afwijzingen voorafgaand aan en tijdens het ontstaan van de OCS. Ze voelde zich veelvuldig afgewezen en wilde aardig en leuk gevonden worden door haar leeftijdsgenoten. De snerende opmerking van haar klasgenoten over het uiterlijk van anderen maakte dat Petra steeds meer tijd en aandacht besteedde aan haar uiterlijk, en vooral aan haar make-up. Ze experimenteerde hiermee wat in eerste instantie leidde tot grotere afwijzingen en pesterijen, waardoor bij Petra een drang ontstond om de juiste wijze van opmaken met de juiste hoeveelheid make-up te vinden. Dit resulteerde in het langdurige en dwangmatige ritueel van opmaken.

In de volgende sessies van de therapie is haar tijdrovende ochtendritueel stap voor stap uitgeschreven. Petra bleek drie kwartier bezig te zijn met uit bed komen en douchen. Ze vond dat dit geen onderdeel was van haar dwanghandeling. De dwanghandeling bestond volgens haar alleen uit het opdoen van haar make-up, wat de volgende stap in haar ochtendritueel was. De stappen die zij daarin zette zijn nauwkeurig opgeschreven en met haar doorgenomen. Hieruit bleek dat ze niet zozeer opvallende manieren of technieken gebruikte, maar wel erg perfectionistisch was. Dit uitte zich in het regelmatig opnieuw doen van de make-up, omdat het te dik, te dun of 'gewoon' niet goed zat.

Er zijn dan ook verschillende aanknopingspunten naar voren gekomen voor de volgende stap in de therapie: oefeningen met als doel geleidelijke responspreventie en exposure. Naast de inventarisatie van haar klachten is ook de registratie daarvan geïntroduceerd. Petra werd gevraagd om elke ochtend bij te houden hoelang zij met het opmaken bezig was. Ze zou elke dag de begin- en eindtijd opschrijven.

Hoewel Petra zich in eerste instantie gemotiveerd heeft geuit, hebben haar nieuwe omgeving, het herpakken van de schoolgang en de onzekerheid over de contacten met haar leeftijdsgenoten een stagnatie in haar voortgang opgeleverd. Ze vulde de registratie niet of nauwelijks in, ze wilde niet oefenen, en tijdens de therapiesessies uitte zij zich berustend in de situatie en ongemotiveerd om hier iets aan te doen. Er hebben vele motiverende sessies plaatsgevonden, waarbij Petra wisselend mededeelzaam, terughoudend en depressief was. Regelmatig zijn de gesprekken gegaan over de vraag wat en waarom zij wilde veranderen en wat haar dit zou opleveren. Evenals de vraag wat er zou gebeuren als ze zich niet of minder (mooi) zou opmaken. Tijdens de gesprekken over het verminderen van haar make-up, is er groeiende weerstand bij Petra zichtbaar geweest, en heeft zij zich tevens afgesloten voor de therapeut.

Geconcludeerd is dat de sociale interactie op de groep en op de nieuwe school een grote invloed had op (de instandhouding van) de dwanghandelingen van Petra. Daarom werd ervoor gekozen om af te wijken van het behandelprotocol en de oefeningen en gesprekken af te stemmen op de moeilijkheden die Petra aangaf. De hypothese is ontstaan dat de onderliggende oorzaak van haar dwanghandelingen, haar onzekerheid en angst voor sociale afwijzing waren. Haar dwanghandelingen leken daarmee een vermijdende copingstrategie te zijn: zolang zij langdurig op haar kamer bezig was met het opdoen van haar make-up hoefde zij niet de interactie met anderen aan te gaan en de kans te lopen afgewezen te worden.

Het gedrag van Petra is daarom veelvuldig gekoppeld aan de copingstrategieën van de eerder ingevulde UCL. Er is besproken welke copingstrategieën wel en welke niet adequaat zijn en welke strategieën Petra wilde leren. Vooral de strategieën 'Actief aanpakken' en 'Geruststellende gedachten' zijn gestimuleerd. De therapie is daarnaast vergemakkelijkt door in eerste instantie voornamelijk de aandacht te richten op het ochtendritueel voorafgaand aan het opmaken (opstaan, douchen en ontbijten), waarvan Petra aangaf dat dit niet dwangmatig was. In elke sessie is er daarnaast aandacht geweest voor de tijd die zij bezig was met het opmaken (de registratie) en haar stapsgewijze instroom op school.

Op het moment dat Petra voor behandeling op de observatiegroep is gekomen, zijn er afspraken gemaakt met de school die verbonden is aan de instelling waar Petra voor behandeling kwam. Er is besproken dat Petra geleidelijk zou instromen. Ze begon met enkele uren in de middag en dit is vervolgens stapsgewijs uitgebreid. Er hebben enkele gesprekken plaatsgevonden waarin Petra met de therapeut en de school in overleg ging over haar schooltijden en de uitbreiding daarvan.

Na elke sessie heeft Petra oefeningen meegekregen die zij op de groep of thuis heeft moeten uitvoeren. Deze oefeningen zijn in dialoog met Petra bedacht, continu afgestemd op de problemen die zij ondervond. In de eerstvolgende sessie werden deze oefeningen vervolgens geëvalueerd.

De oefeningen die Petra gedurende de therapie heeft gekregen en gericht waren op de dwanghandelingen waren:

- *'Nuttige straf'*: Wanneer Petra haar registratie niet ingevuld had, moest ze een 'nuttige straf' doen. Dit betekende dat ze de tuin moest aanvegen of de vaatwasser leeg moest halen. Deze 'straf' had zij zelf bedacht. Evenals de registratie voerde zij ook de nuttige straf wisselend uit en is dit afhankelijk geweest van de controle van de groepsbegeleiding.

- *Opstaan*: Om ervoor te zorgen dat Petra voldoende tijd zou krijgen om op tijd op school te komen is begonnen met een oefening waarbij ze direct uit bed moest komen wanneer zij gewekt werd. In eerste instantie was dit om 6:30 uur, omdat ze vertelde zoveel tijd nodig te hebben. Dit bleek echter niet haalbaar. Ook bleek dat ze, ongeacht hoe laat ze begon, ze rond 11 uur klaar was met opmaken, dus is de tijd waarop zij gewekt werd aangepast naar 7:15 uur. Later in de behandeling heeft Petra geoefend met zelfstandig opstaan, zonder dat zij gewekt werd door de groepsleiding of haar moeder. Ze heeft haar eigen wekker (telefoon) gezet. Hier sliep zij in eerste instantie doorheen. Op eigen initiatief heeft ze een hinderlijk toontje uitgekozen, waardoor zij wel goed wakker werd. De volgende stap was dat zij ook direct haar licht aan moest gaan doen. Hieruit bleek Petra ook te accepteren dat zij minder leuke dingen (vroeg opstaan) moest doen om het doel (naar school gaan) te bereiken.
- *Douchen*: Om haar ochtendritueel te verkorten werd de opdracht meegegeven dat zij maximaal een kwartier mocht douchen. Eerder deed ze dit een half uur. Met behulp van een timer op haar telefoon hield ze hiervoor de tijd bij. Deze oefening bleek vanaf het begin een succes en zij redde het om na 10 minuten af te drogen. Petra was verbaasd over de tijd die ze normaal dus 'gewoon' onder de douche stond. Na enkele weken had zij de timer niet meer nodig en was zij met 20 minuten klaar om te ontbijten.
- *Helpende gedachten*: Om haar te ondersteunen op momenten dat zij kort de tijd had om zich op te maken, zijn er helpende gedachten bedacht. Deze gedachten kon zij bij zichzelf oproepen wanneer ze vastliep in haar dwang. De gedachten die zij geformuleerd heeft zijn gerelateerd aan beloningen, zoals een weekend naar huis en meer zelfstandigheidsafspraken op de groep. Daarnaast benoemde ze dat ze nu gemerkt had dat ze het kon en dat dat dus ook motiverend leek of was voor in de toekomst.

Aangezien uit de gesprekken met Petra bleek dat zij onzeker was over haar eigen voorkomen en de reactie van anderen op haar gedrag en uiterlijk, is het doel van de therapie uitgebreid met het vergroten van het zelfvertrouwen van Petra. Tijdens de sessies is er veelvuldig gesproken over de interpretaties van opmerkingen van anderen en sociale situaties die Petra meemaakte. Om Petra meer zelfverzekerd te maken en zich bewust te maken van haar eigen perfectionisme heeft zij de volgende oefeningen gedaan:

- *Iets geks aan trekken*: Deze oefening is bedacht om te ervaren of de andere jongeren niet meer met haar om willen gaan wanneer zij er een keer niet leuk uitziet. Dit is gedaan, omdat haar overtuiging leek te zijn geweest dat als ze er gek uitziet, niemand vrienden met haar wil zijn/blijven. Deze oefening was heel spannend voor Petra, maar heeft zij wel uitgevoerd. Ze heeft geconstateerd dat de groepsgenoten het grappig vonden en haar niet afwezen, omdat ze een keer iets geks aan had. Er ontstond zelfs een vrolijke en grappige sfeer in de groep, doordat een andere jongere met haar mee ging doen.
- *Brief schrijven*: Het perfectionisme van Petra was ook terug te zien in haar manier van schrijven. Ze schreef zeer langzaam en verbeterde kleine dingen wanneer ze het niet mooi vond. Ze heeft een brief moeten schrijven aan de therapeut zonder dat zij zichzelf mocht verbeteren, tenzij ze daadwerkelijk een fout gemaakt had. De verbetering mocht dan gemaakt worden door een enkele streep door het foute woord te zetten. Het is Petra gelukt om een hele bladzijde te schrijven zonder haar handschrift aan te passen. Ook in de therapie sessies is te zien geweest dat zij minder veeleisend was over haar schrift.
- *Positieve dingen opschrijven*: Petra leek de neiging te hebben positieve opmerkingen over haar uiterlijk of gedrag niet op te vangen en snel naast zich neer te leggen. Er werd met haar afgesproken dat ze de positieve dingen die gedurende een dag gezegd werden op zou schrijven. Petra heeft dit niet daadwerkelijk gedaan, maar heeft wel elke sessie een positieve opmerking van iemand kunnen benoemen. Veelal had de opmerking ook met de afwezigheid van make-up te maken ("Je ziet er mooi uit zonder make-up.").

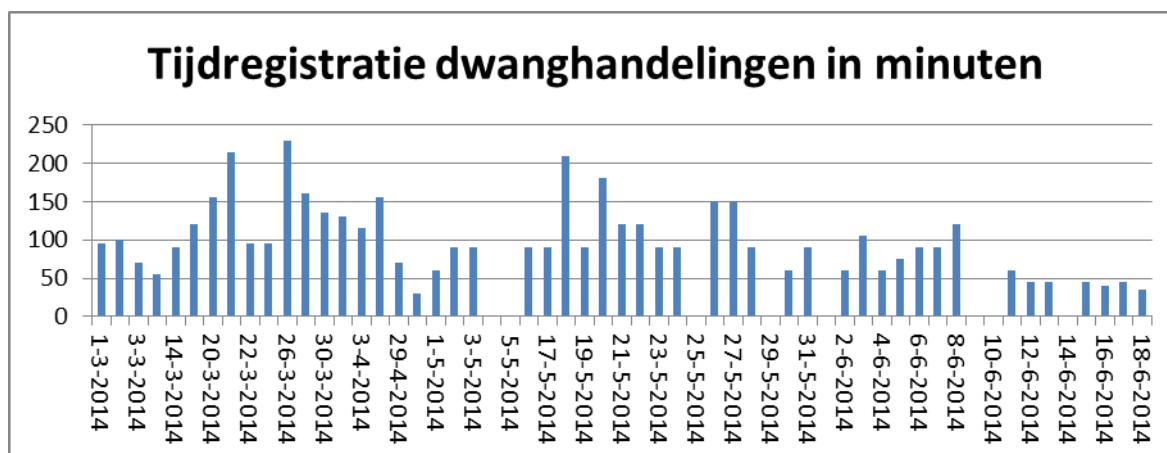
- *Positieve eigenschappen:* Om haar bewust te maken van haar positieve kanten, heeft Petra op een groot blad haar naam in het midden gezet en daaromheen zijn elke sessie verschillende goede eigenschappen en vaardigheden geschreven. In eerste instantie vond Petra dit erg lastig. Uiteindelijk heeft ze echter meerdere positieve eigenschappen opgeschreven. Ook heeft Petra haar ouders en anderen gevraagd positieve eigenschappen van haar te benoemen.

## Resultaten

De eerste maanden van de therapie hebben vooral in het teken gestaan van inventarisatie van de klachten en vervolgens de motivatie van Petra om deze aan te pakken. Er is na ongeveer drie maanden een plotselinge en grote verandering zichtbaar geweest in de vooruitgang van Petra. Petra is steeds meer uren naar school gegaan. Haar mededeelzaamheid tijdens de sessies is verbeterd, ze heeft initiatief genomen in hetgeen besproken werd en zelf oefeningen bedacht. Ook haar humeur was gelijkmatiger en positiever dan in de eerdere sessies. Zij heeft een vriendje gekregen die erg begripvol en steunend is geweest en dit leek ook een positief effect op haar zelfvertrouwen.

De mate waarin zij make-up droeg en de tijd die zij met het opdoen van haar make-up bezig was verminderde. Alhoewel Petra in de eerste maanden weinig consequent haar registratie bij heeft gehouden, is er een sterke daling te zien in het aantal minuten dat zij bezig is met het opmaken van haar gezicht (zie Figuur 1). Was dit nog 13 uur ten tijde van de aanmelding, na 4 maanden was dit nog maar een half uur per dag. Opvallend was dat Petra ook dagen helemaal geen make-up droeg.

Figuur 1. Tijdregistratie van de dwanghandelingen



Op het moment dat de behandeling van Petra gestart is, ging zij al langere tijd niet naar school. In eerste instantie is afgesproken dat Petra alleen de middagen naar school zou gaan. Dit bleek echter al een te grote stap voor haar en er was een terugval in haar motivatie te zien en een toename in de tijd die zij nodig had om zich klaar te maken. Nadat er een gesprek heeft plaatsgevonden, waarin Petra zelf heeft aangegeven welke uren zij naar school wilde komen, heeft zij haar schoolgang weer opgepakt. Petra heeft ook toen nog veel moeite gehad om dit vol te houden.

Kort nadat er een grote sprong in haar ontwikkeling met betrekking tot de tijd van het opmaken zichtbaar is geworden, is er opnieuw een gesprek geweest op school, waarin Petra zelf mocht aangeven hoe zij wilde werken aan de terugkeer naar school. Petra heeft toen aangegeven dat als ze een hele week op tijd gekomen was (ongeacht hoeveel schooldagen die week telde i.v.m. feestdagen),

zij de week erna een lesuur eerder naar school zou gaan. Dit heeft zij ook daadwerkelijk volgehouden en na vier weken is zij volledige dagen naar school gegaan.

Uit de resultaten van de UCL aan het begin van de therapie blijkt dat Petra voornamelijk de neiging had om zich volledig door een probleem en de situatie in beslag te laten nemen zonder daarbij afleiding te zoeken. Daarnaast liet ze haar ergernis blijken en reageerde ze haar spanning af, maar liet ze de zaak wel op zijn beloop of ging het uit de weg. Ze was minder geneigd om de situatie of het probleem actief aan te pakken en had weinig vertrouwen in het oplossen van de problemen. Ook maakte ze geen gebruik van geruststellende gedachten.

De resultaten van 5 maanden later laten een heel ander beeld zien (zie tabel 1). Petra scoorde op dat moment op alle copingstrategieën gemiddeld en nog altijd laag op het zoeken van afleiding. Dit betekent dat ze moeilijkheden meer actief aan is gaan pakken en ze meer gebruik is gaan maken van geruststellende gedachten. Daarnaast heeft ze minder de neiging gekregen om problemen te vermijden en zich volledig door het probleem in beslag te laten nemen. Ook het uiten van haar ergernis of kwaadheid is verminderd. Kortom: er is sprake van een uitbreiding van de adequate en een afname van de inadequate strategieën zichtbaar.

Tabel 1. Resultaten Utrechtse Copinglijst (UCL)

Strategie	Voormeting		Nameting	
	Score	Normering	Score	Normering
Actief aanpakken	13	laag	15	Gemiddeld
Palliatieve reactie	15	Laag	13	Laag
Vermijden	21	Hoog	18	Gemiddeld
Sociale steun zoeken	11	Gemiddeld	13	Gemiddeld
Passief reactiepatroon	21	Zeer hoog	10	Gemiddeld
Expressie van emoties	9	Hoog	6	Gemiddeld
Geruststellende gedachten	9	Laag	10	Gemiddeld

### Discussie

De klachten van Petra zijn in een half jaar (bijna) volledig verdwenen. Ze gaat weer naar school, woont weer thuis, heeft nog maar een half uur nodig voor haar make-up en voelt zich weer prettig. Het succes van deze therapie lijkt voor een groot deel te danken aan een aantal punten.

Ten eerste is er in de therapie uitgebreid aandacht besteed aan het inventariseren van de klachten en de ontstaansgeschiedenis daarvan. Door middel van diagnostisch onderzoek is er eerder geconcludeerd dat er sprake was van een OCS. Hoewel de uitingsvorm van de problemen van Petra inderdaad binnen de diagnostische criteria van een OCS leken te vallen, bleek in de therapie sessies dat vooral de onzekerheid (met name over sociale interacties) op de voorgrond hebben gestaan en er mogelijk zelfs sprake is geweest van sociale angst. Haar lijdensdruk is vooral zichtbaar geworden in haar opmerkingen over het gebrek aan vrienden en reacties van mensen om haar heen. Door de richting en doelen van de therapie aan te passen aan de lijdensdruk van Petra, is zij meer gemotiveerd geweest om haar gedrag te veranderen. Daarnaast is de onderliggende oorzaak van de problematiek aangepakt waardoor de kans op langdurige verbetering groter is.

Ten tweede was het door haar verblijf binnen een 3 milieuvoorziening mogelijk om intensief samen te werken met de groep en school van Petra. Vooral mensen met een licht verstandelijke beperking hebben vaak moeite om hetgeen zij leren ook in andere situaties toe te passen. Om de transfer naar andere situaties te stimuleren is een samenwerking met de omgeving belangrijk (De Wit, Moonen &

Douma, 2011). Zoals in de methode beschreven, zorgt het intensieve contact tussen de therapeut en de behandelaren van Petra ervoor dat de generalisatie gestimuleerd werd en de behandelingen op elkaar afgestemd konden worden. De samenwerking met school is een belangrijk onderdeel van het succes van de therapie geweest. Tijdens de therapie is naar voren gekomen dat Petra weinig controle nam over haar leven en dat zij vond dat er niet naar haar geluisterd werd. Door haar te helpen om zelf met school in gesprek te gaan over haar behandelstatus en wensen rondom haar terugkeer naar school, is zij in haar kracht gezet en gemotiveerd om zich daadwerkelijk in te zetten om haar schoolgang op te pakken. Bijkomend voordeel is geweest dat de school hierdoor op de hoogte was van haar behandeling en zij de begeleiding van Petra ook hierop konden aanpassen.

Ten derde is de frequentie van de therapie hoog geweest: twee keer per week een uur. Deze frequentie was mede mogelijk doordat de therapie op dezelfde locatie plaatsvond als de observatiegroep van Petra. Door Petra twee maal per week te zien, was het mogelijk snel in te spelen op het gedrag en de moeilijkheden van Petra op de groep en op het moment dat zij minder gemotiveerd was of een terugval had, kon hier direct een interventie op plaatsvinden.

Ten vierde was het uitgangspunt van de therapie het protocol 'Bedwing je dwang', maar dit protocol is aangepast op de behoeften en signalen van Petra. In vele onderzoeken is aangetoond dat geprotocolleerde behandelingen effectief zijn (Emmelkamp, Bouman, & Blaauw, 2009), maar uit ander onderzoek blijkt echter ook dat een protocol vooral als een globale gids gezien moet worden en de resultaten beter zijn wanneer deze wordt aangepast aan de cliënt (Chu, & Kendall, 2009). Uit deze casus blijkt ook dat het afstemmen van een therapie of protocol aan een individuele cliënt een zeer positief resultaat kan opleveren. Er is nog steeds gebruik gemaakt van exposure, responspreventie en cognitieve gedragstherapie, maar door goed te luisteren naar Petra en open te staan voor signalen die een aanpassing in de oorspronkelijke denkwijze en protocol behoefde, is de werkwijze aangepast. Hierdoor heeft zij ervaren meer controle te hebben en verantwoordelijk te zijn voor haar ontwikkeling. Het vermoeden bestaat dat het blijven volgen van de stappen, beschreven in het protocol, ervoor gezorgd zouden hebben dat de klachten van Petra minder snel of niet volledig verholpen zouden zijn. Petra is nu echter binnen een half jaar klachtenvrij en ze heeft haar schoolgang volledig opgepakt.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2009). Therapist responsiveness to child engagement: Flexibility within manual-based CBT for anxious youth. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 736-754.
- Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: Prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1424-1431.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., & Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology Psychotherapy, 1*, 95-100.
- Haan, E. de, & Wolters, L. (2009). *Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten: Met het cognitief-gedragstherapeutisch protocol Bedwing je dwang*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Rosario-Campos, M. C. do, Leckman, J. F., Curi, M., Quatrano, S., Katsovitch, L., Miquel, E. C., & Pauls, D. L. (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 136B*, 92-97.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Theory, 23*, 571-583.
- Schreurs, P. J. G., Willige, G. van, Borsschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL; omgaan met problemen en gebeurtenissen, herziene handleiding 1993*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.



Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.