

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# De behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en jongeren

Hoe het was, hoe het is en wat er zou  
moeten veranderen

---

ELSE DE HAAN

## Samenvatting

---

In 1966 ontwikkelde Victor Meyer een effectieve behandeling voor de dwangstoornis: *exposure* en responspreventie, later uitgebreid met cognitieve technieken. De behandeling wordt met succes toegepast bij kinderen. Toch is het percentage non-respons 30%-40%. Het ontwikkelen van een beleid hiervoor is een actiepoint voor de komende tijd. Onderzoek naar kenmerken van *non-responders* heeft tot nu toe weinig opgeleverd. Mogelijke aangrijpingspunten voor de behandeling zijn: neurobiologische factoren om gedragstherapeutische interventies te versterken, cognitieve factoren en gedragsfactoren. Mogelijkheden voor het verbeteren en uitbreiden van de bestaande behandelingen worden besproken. Het implementeren van de *evidence-based* behandeling, ook in de specialistische opleiding, is een actiepoint.

*Trefwoorden: kinderen en jongeren, cognitieve gedragstherapie, exposure, non-respons*

## INLEIDING

---

Vijftig jaar geleden, in het jaar waarin de Vereniging voor Gedragstherapie werd opgericht, verscheen een artikel van Victor Meyer (1966) in het Engelse tijdschrift *Behaviour Research and Therapy*. Meyer beschreef de behandeling van twee vrouwen met een stoornis die voor die tijd als onbehandelbaar werd beschouwd: de dwangstoornis. Voortbordurend op het succes van systematische desensitisatie (later *exposure* genoemd) voor de behandeling van fobische klachten werden ook patiënten met een dwangstoornis met

deze methode behandeld. Zonder succes. De patiënten met een dwangstoornis werden alleen blootgesteld aan waar ze bang voor waren en aan wat ze vermeden, zoals dingen aanraken die ze vies vonden. Aan de dwangrituelen werd echter geen aandacht besteed, met als gevolg dat de problemen gewoon bleven bestaan.

Meyer deed het anders. Hij had wel aandacht voor de dwangrituelen, en definieerde die als vermijdingsgedrag. Met de dwangrituelen werd angst vermeden. Patiënten moesten daarom niet alleen blootgesteld worden aan datgene waarvoor ze bang waren, maar moesten ook van hun dwangrituelen weerhouden worden. In het artikel beschrijft Meyer de behandeling van de twee vrouwen. Beiden werden klinisch behandeld, waarbij de verpleging werd ingeschakeld bij de responspreventie. Wasrituelen werden onmogelijk gemaakt onder meer door kranen af te sluiten en wasmiddelen weg te halen.

Meyer noemde zijn methode *modification of expectations*. Deze titel is in latere jaren verloren gegaan. De methode kreeg de naam exposure en responspreventie. Meyer ontwikkelde niet alleen een buitengewoon werkzame behandeling voor een altijd onbehandelbaar geachte stoornis, maar toonde met de benaming van zijn therapie ook een vooruitziende blik. Vele jaren en vele theoretische verklaringen later is het 'veranderen van verwachtingen' een belangrijk geacht werkingsmechanisme van de behandeling. Maar daarover later meer.

In dit artikel bespreek ik de stand van zaken met betrekking tot de behandeling van kinderen en jongeren met een dwangstoornis. We hebben een evidence-based behandeling, maar dat betekent niet dat iedereen daarmee van zijn klachten verlost wordt. Het aantal non-responders is nog onaanvaardbaar hoog. Wat zijn de actiepunten voor de agenda van de komende jaren?

#### MODERNE CGT

.....

De behandeling die Meyer beschreef, moest klinisch worden uitgevoerd. Dit kon waarschijnlijk ook niet anders: het verplegend personeel moest de patiënten min of meer met geweld van hun dwangrituelen afhouden. In Nederland was het Paul Emmelkamp die de eerste gecontroleerde studies naar het effect van deze behandeling uitvoerde. Hij deed ook onderzoek naar aanpassingen van de door Meyer beschreven procedure: de behandeling werd niet meer klinisch, maar ambulant uitgevoerd, en exposure en responspreventie werden niet begeleid door de therapeut of verpleegkundige, maar door de patiënt alleen uitgevoerd, de zogeheten *self-controlled exposure* (Emmelkamp & Kraanen, 1977). Tot op de dag van vandaag is die zelfgecontroleerde, graduele exposure de belangrijkste en meest effectieve interventie bij de dwangstoornis.

Eind jaren tachtig publiceerden Salkovskis en Westbrook (1989) een invloedrijk artikel over het gebruik van cognitieve interventies bij de dwang-

stoornis. *Can failure be turned into succes?* luidde de ondertitel. Hoewel Salkovskis ervan overtuigd was dat met cognitieve interventies de dwangstoornis effectiever behandeld kon worden, is dit uit later onderzoek nooit gebleken. Steeds opnieuw werden er geen significante verschillen gevonden tussen enerzijds exposure en responspreventie (ERP), en anderzijds cognitieve therapie (CT), hoewel dit alleen voor volwassenen is onderzocht (zie voor een overzicht: Olatunji et al., 2013). Tegenwoordig worden beide interventies toegepast, waarbij het overigens niet duidelijk is welke rol cognitieve interventies vervullen. Veranderen zij inadequate cognities, dan wel interpretaties, of zijn zij hulpmiddel om ERP uit te voeren (McKay et al., 2015)?

#### EFFECTIVITEIT

.....

Het effect van CGT is in een groot aantal studies onderzocht. De eerste studies zijn gedaan bij volwassen patiënten. Het onderzoek bij kinderen begon pas veel later. Pas in 1998 verscheen de eerste gecontroleerde (pilot)studie naar het effect van CGT (de Haan, Hoogduin, Buitelaar, & Keijsers, 1998), gevolgd door andere, grotere studies.

We weten nu dat met CGT bij kinderen en jongeren een gemiddelde verbetering van rond 60% wordt behaald (Torp et al., 2014). De *effect size* is 1,742, maar gecontroleerd voor a-specifieke therapiefactoren 1,203 (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Iniesta-Sepúlveda, & Rosa-Alcázar, 2014). Van de patiënten heeft 60%-70% baat bij de 14 tot 16 zittingen geprotocolleerde behandeling.

#### PRATEN EN PILLEN

.....

Medicatie (SSRI's) heeft altijd een grote rol gespeeld bij de behandeling van de dwangstoornis bij kinderen. Het is echter de vraag of dat terecht is. Als monotherapie hebben SSRI's een effectiviteit van rond 30% (Geller et al., 2003) en worden zo niet veel toegepast. In combinatie met CGT echter wel. Vreemd genoeg is naar de effectiviteit hiervan nauwelijks onderzoek gedaan. De resultaten van de Pediatric Obsessive-Compulsive Treatment Study (POTS), een grote Amerikaanse multicenterstudie, zijn jarenlang het argument bij uitstek geweest om te pleiten voor een combinatiebehandeling. In deze studie werden CGT, medicatie (SSRI) en voor het eerst de combinatie van beide vergeleken. De combinatiebehandeling was significant effectiever (POTS, 2004). Er bleken echter grote verschillen tussen de behandelcentra. In het centrum met in CGT ervaren behandelaren bleek geen verschil tussen CGT en de combinatiebehandeling. Dit werd nog eens bevestigd in een later onderzoek met alleen maar in CGT ervaren behandelaren. In dit onderzoek bleek dat medicatie niets toevoegt aan monotherapie met CGT (Storch et al., 2013). In de meest recente meta-analyse naar de ef-

fectiviteit van CGT en medicatie (Sanchez-Meca et al., 2014) concluderen de auteurs echter dat de combinatietherapie toch weer het meest effectief is. De combinatiebehandeling had een effect size van 1,704, terwijl dit voor CGT 1,203 was.

Deze meta-analyse zou dus weer een krachtig argument zijn voor de combinatiebehandeling. Bij nadere analyse van deze meta-analyse blijkt dit echter een onterechte conclusie. De conclusie is gebaseerd op drie vergelijkingen uit twee studies: de POTS uit 2004 en twee uit een vervolgstudie op die POTS (Franklin et al., 2011). De studie van Storch et al. (2013) is er niet bij betrokken. Van de POTS weten we al dat ervaren behandelaren het net zo goed doen als de combinatietherapie. De twee andere vergelijkingen horen in feite niet thuis in de meta-analyse. Het zijn studies naar het effect van toevoegen van CGT bij non-responders op medicatie. Als controlegroep is een pil-placebo-controlegroep uit de eerste POTS gebruikt. Deze meta-analyse voegt niets toe aan wat we al weten: er zijn geen aanwijzingen dat de combinatiebehandeling effectiever is dan monotherapie met CGT, uitgevoerd door ervaren behandelaren.

In de klinische praktijk wordt de combinatiebehandeling vaak toegepast bij ernstige klachten. Hoewel dit in de richtlijnen geadviseerd wordt (AACAP, 2012), is hiernaar nog nooit gecontroleerd onderzoek gedaan. In een open studie vonden Wolters, de Haan, Hogendoorn, Boer en Prins (2016) dat CGT bij matig ernstige klachten (CY-BOCS tussen 23 en 27) net zo effectief is als bij milde klachten (CY-BOCS < 23). De behandeling van ernstiger klachten duurde langer en er waren meer restklachten. Of toevoegen van medicatie hierbij geholpen zou hebben, is niet onderzocht.

#### NON-RESPONS

.....

We zijn terecht trots op onze evidence-based behandeling, maar toch heeft zo'n 30% tot 40% van de kinderen er geen baat bij. Dit was in het begin van de CGT voor OCD zo, en helaas nu nog steeds. Onderzoek naar non-respons en beleid voor non-responders is een van de belangrijkste kwesties voor de komende tijd. Medicatie is in de klinische praktijk het antwoord op non-respons. Dat beleid is echter niet op onderzoek gebaseerd. In de enige placebo-gecontroleerde studie hiernaar vonden Skarphedinsson et al. (2014) geen extra effect van het toevoegen van een SSRI bij non-respons op CGT. Medicatie is dus wellicht niet het juiste antwoord op de vraag wat we met non-respons aan moeten. Maar wat dan wel?

De eerste vraag is of non-responders een aparte groep vormen, die eventueel een andere behandeling nodig heeft. Uit de vele predictiestudies is echter geen duidelijk beeld naar voren gekomen. Leeftijd, geslacht en duur van de klachten blijken geen predictor voor het effect van de behandeling. Ernstige klachten, gezinsfactoren en comorbiditeit, met name ASS, zijn voorspellers.

Ernst van de problematiek en comorbiditeit met ASS voorspellen echter alleen een tragere behandelrespons, en vergen vooralsnog vooral een langere behandelduur (Wolters et al., 2016). Gezinsfactoren blijken zowel in positieve als in negatieve zin bij te dragen aan het effect van de behandeling (Peris et al., 2012). Ouders worden standaard bij de behandeling betrokken. Hun hulp bij dwangrituelen en vermijdingsgedrag wordt onderdeel van de behandeling (Peris & Piacentini, 2013).

Tussen patiënten met een dwangstoornis bestaan grote verschillen, niet alleen in ernst, maar ook in symptomatologie, mate van egodystoniteit, het hebben van obsessies en comorbiditeit. Er is echter nog nooit een groep patiënten geïdentificeerd waarvoor andere behandelprincipes dan de huidige geïndiceerd zouden zijn.

#### AANGRIJPINGSPUNTEN VAN DE BEHANDELING

.....

Zoeken naar kenmerken van patiënten of hun ouders is één mogelijkheid, zoeken naar de aangrijpingspunten voor de behandeling is wellicht een betere. Zijn aangrijpingspunten het veranderen van cognities, het bestrijden van angst of het leren weerstaan van impulsen? Of zijn er andere mechanismen die een belangrijke rol spelen in de dwangstoornis?

We weten dat de dwangstoornis samenhangt met irrationele of inadequante cognities (Reeves, Reynolds, Coker, & Wilson, 2010), functioneren van de hersenen (Thorsen, van den Heuvel, Hansen, & Kvale, 2015) en met stoornissen in neuropsychologische vaardigheden, met name een algemeen gebrek aan inhibitie (hoewel het onderzoek hiernaar wisselende resultaten heeft; Lehnen & Pietrowsky, 2014). In het onderzoek naar neuropsychologische vaardigheden wordt het trainen van die vaardigheden genoemd als mogelijkheid. Dit heeft echter nog nooit tot een werkzame behandeling geleid.

Het de laatste jaren immens populaire onderzoek naar neurobiologische factoren heeft informatie opgeleverd over de betrokkenheid van verschillende hersengebieden en hersencircuits bij de dwangstoornis. Een nieuwe ontwikkeling is dat deze bevindingen niet worden gezien als *oorzaak* van de dwangstoornis, maar als een *schakel* in het hele proces. Het belang hiervan is dat we zo preciezere informatie krijgen over neurobiologische factoren die bijdragen aan het in stand houden van de stoornis, dan wel de mogelijkheid hebben om therapeutische processen op dat niveau positief te beïnvloeden, zo luidt de voorspelling (Craske, 2014). Tot nu toe zijn de praktische implicaties van deze bevindingen gericht op farmacologische middelen die het effect van gedragstherapie zouden kunnen vergroten. Het bekendste voorbeeld hiervan is het versterken van extinctieleren met D-cycloserine (een partiële glutamaat-antagonist). Hoewel in onderzoek bij volwassenen aanvankelijk positieve resultaten werden gevonden, viel dit later weer tegen (Milad, Rosenbaum, & Simon, 2014). Bij kinderen werd er geen verschil met een pla-

cebo gevonden (Storch et al., 2010). Voorlopig zijn de mogelijkheden die de ontwikkelingen op dit gebied bieden toekomstmuziek.

Dit is anders voor de theorie over en het onderzoek naar cognitieve factoren. Het veranderen van cognities of interpretaties is een van de aangrijpingspunten van de behandeling. Het is echter geen uitgemaakte zaak dat CT daarvoor de krachtigste interventie is. Met ERP bijvoorbeeld veranderen cognities evenzeer (Anholt et al., 2008). Een nieuwe ontwikkeling is de *cognitive bias modification* (CBM), een training in niet-dwangmatig denken. Wordt in de traditionele CT de patiënt met behulp van de socratische dialoog geholpen zelf op rationelere opvattingen (cognities) te komen, bij CBM worden deze cognities getraind. Dit gebeurt middels een groot aantal ultrakorte verhaaltjes, waarin de niet-dwangmatige cognities keer op keer worden gepresenteerd. De training wordt dagelijks thuis gedaan op de computer. Uit onderzoek naar het effect bij angst blijkt dat CBM effect heeft (zie voor een overzicht: Salemink, Wolters, & de Haan, 2015). In de oorspronkelijke CBM-training voor volwassenen met een dwangstoornis leert de patiënt niet-dwangmatige interpretaties (Clerkin & Teachman, 2011). In de voor kinderen en jongeren ontwikkelde versie ligt het accent niet alleen op het veranderen van cognities, maar ook op de gedragscomponent. In feite gaat het om een uitbreiding van CBM: *cognitive and behavioral bias modification* (CBBM). Uit de eerste (pilot)studie blijkt dat jongeren (12-18 jaar) na de training minder OC-symptomen hebben, vergeleken met een controlegroep die een placebo-training had gekregen (Salemink et al., 2015). Het effect van deze training zal in grotere studies gerepliceerd moeten worden.

Als cognities, neurobiologische en wellicht ook neuropsychologische factoren een rol spelen in de dwangstoornis, wat is dan de rol van het gedrag, of met andere woorden: van de dwangrituelen? Hoewel altijd al een aangrijpingspunt van de behandeling, zijn dwangrituelen lang gezien als het *gevolg* van angst of het *gevolg* van cognities. We kunnen ons echter ook afvragen waarom die dwangstoornis zo lang blijft bestaan en vaak ook in ernst toeneemt. Welke mechanismen zorgen ervoor dat gedachten en interpretaties die zo apert onjuist zijn (wat de betrokkenen zelf ook weten), en handelingen die zoveel ellende opleveren, toch blijven bestaan? Van den Hout en Kindt (2004) toonden aan dat herhaald controleren, bedoeld om onzekerheid weg te nemen, die onzekerheid juist vergroot. Herhalen (*perseveration*) leidt tot onzekerheid, niet alleen bij controleren, maar ook bij wassen (Deacon & Maack, 2008). Dit is aangetoond bij mensen zonder problemen en bij mensen met een dwangstoornis. Het zijn de dwangrituelen zelf die ervoor zorgen dat het aantal rituelen en de uitgebreidheid ervan in de loop van de tijd steeds verder toenemen. Hiermee is ook aangetoond dat het verminderen van de dwangrituelen (ERP) een belangrijk aangrijpingspunt van de behandeling is.

Het is de vraag of ERP zoals we dat nu toepassen de meest effectieve manier is. Bij ERP gaat het erom dat de angst niet meer actief (met dwanghandelingen) of passief (met vermijdingsgedrag) vermeden wordt. Het afnemen

van de angst zonder dat dwanghandelingen zijn uitgevoerd, is essentieel (Benito & Walter, 2015). Volgens nieuwere opvattingen gaat het bij ERP niet om de angst, maar om het beïnvloeden van verwachtingen. Angst is een (vervelend) bijproduct, maar niet essentieel in de behandeling (van den Hout, 1996). De verwachting dat er een ramp zal optreden bij uitblijven van dwanghandelingen moet worden ontkracht (Arch & Abramowitz, 2015). Volgens deze theorie zijn angst beleven net zo lang tot hij vanzelf zakt en volgens een hiërarchie de dwanghandelingen staken onnodige en zelfs contraproductieve strategieën. De verklaring voor de werkzaamheid van ERP wordt aangeduid met de term *inhibitory learning*: het leren van nieuwe associaties, nieuwe verwachtingen, naast de oude (die dan hopelijk minder invloed hebben). Het doel van de behandeling is daarom niet leren dat de angst ook zakt als er geen dwanghandelingen worden uitgevoerd, maar het leren van een nieuwe verwachting (associatie): er gebeurt geen ramp als het dwangritueel niet wordt uitgevoerd. Voor de behandeling betekent dit dat alles erop gericht is om die nieuwe associaties te creëren: ERP in zo veel mogelijk verschillende situaties en CT alleen na afloop van ERP-oefeningen, om te benadrukken welke associaties nu ontkracht zijn (CT voorafgaand aan ERP zou het effect van het ontkrachten van verkeerde associaties verminderen). Voor de juistheid van deze theorie zijn er onderzoeksdata (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). Voor de werkzaamheid van de hierop gebaseerde veranderingen in de behandeling zijn er echter (nog) geen gegevens. Het is interessant om te onderzoeken of deze veranderingen het effect van ERP kunnen vergroten.

*Compliance*, met name het thuis uitvoeren van ERP-oefeningen, is zeker bij kinderen en jongeren een van de heikele aspecten van de behandeling. Zogenoemde intensieve therapie, waarbij de therapiesessies frequenter worden gegeven en langer duren, is een mogelijkheid om dit probleem te beïnvloeden. Uit onderzoek bij kinderen blijkt deze net zo effectief als de gebruikelijke behandeling met wekelijkse zittingen (vergelijk: Storch et al., 2007). Onderzocht zou moeten worden of deze vorm een oplossing is voor compliance-problemen.

Ten slotte, we hadden het over patiëntfactoren en therapiefactoren als mogelijke verklaring voor non-respons. Er is echter een derde speler in het veld: de therapeut. Wonderlijk genoeg wordt aan therapeutfactoren weinig aandacht besteed, terwijl bijvoorbeeld de resultaten van de POTstudie erop wijzen dat deze wel degelijk van belang kunnen zijn. Daarbij komt nog iets: we hebben richtlijnen voor de behandeling (www.kenniscentrum-KJP.nl; AACAP, 2012) en evidence-based behandelprotocollen (March & Mulle, 1998; de Haan & Wolters, 2009). Die protocollen worden in de klinische praktijk helaas niet genoeg gebruikt. Er zijn nog steeds behandelaren die de richtlijnen niet volgen en de protocollen niet gebruiken, maar die veronderstelde oorzaken als bijvoorbeeld gezinsfunctioneren en een laag zelfbeeld behandelen. Meer opleiding is tot nu toe niet het antwoord op dit probleem:

in postacademische opleidingen tot psychotherapeut en klinisch psycholoog wordt weinig tot geen aandacht besteed aan het volgen van richtlijnen en het gebruik van protocollen (vergelijk: Scholing, 2016). Therapeuten op dat niveau moeten de complexe casussen behandelen waarvoor een protocol ongeschikt zou zijn, vindt men. Waar deze opvattingen op gebaseerd zijn en welke behandelingen dan wel worden toegepast, is echter niet duidelijk. Straks is er geen psychotherapeut of klinisch psycholoog meer die een ingewikkelde dwangstoornis volgens de richtlijnen kan behandelen. Een treurige conclusie voor een feestelijk vijftigjarig jubileum, maar wel een mooi actiepoint voor de agenda van de komende jaren.

**Else de Haan** is als bijzonder hoogleraar cognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten verbonden aan de Universiteit van Amsterdam. Tevens is zij werkzaam als psycholoog en psychotherapeut bij de Bascule: Postbus 303, 1115 ZG Dui-vendrecht. E-mail: e.dehaan@amc.uva.nl

**Summary** Meyer (1966) developed an effective treatment for obsessive-compulsive disorder, exposure with response prevention, later expanded with cognitive techniques. The treatment is used successfully in children. Nevertheless, the percentage of non-response is 30%-40%. Developing policies for this will be an action for the future. So far, research into characteristics of non-responders has yielded little. Possible targets for treatment are: neurobiological factors to enhance behavioral interventions, cognitive factors and behavioral factors. Possibilities to improve existing treatments are discussed. The implementation of the evidence-based treatment, especially specialist training, will be an action for the future.

**Keywords:** *children and adolescents, cognitieve behaviour therapy, exposure, non-respons*

### Literatuur

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (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, 98-113.

Anholt, G. E., Kempe, P., de Haan, E., Oppen, P., Cath, D. C., Smit, J. H., & van Balkom, A. J. (2008). Cognitive versus behavior therapy: Processes of change

in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 38-42. doi: 10.1159/000110058

Arch, J. J., & Abramowitz, J. S. (2015). Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: An optimizing inhibitory learning approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 174-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.002>

Benito, K. G., & Walther, M. (2015). Therapeutic process during exposure: Habituation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disor-*

- ders, 6, 147-157. doi: 10.1016/j.jocrd.2015.01.006
- Clerkin, E. M., & Teachman, B. A. (2011). Training interpretation biases among individuals with symptoms of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 337-343.
- Craske, M. G. (2014). Introduction to special issue: How does neuroscience inform psychological treatment? *Behaviour Research and Therapy*, 62, 1-2. doi: 10.1016/j.brat.2014.08.014
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- de Haan, E., Hoogduin, K. A. L., Buitelaar, J. K., & Keijsers, G. P. J. (1998). Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1022-1029.
- de Haan, E., & Wolters, L. H. (2009). *Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Deacon, B., & Maack, D. J. (2008). The effects of safety behaviors on the fear of contamination: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 537-47. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.010
- Emmelkamp, P. M. G., & Kraanen, J. (1977). Therapist controlled exposure *in vivo* versus self-controlled exposure *in vivo*: A comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 441-444.
- Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M. Compton, S., Almirall, D., ... March, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II). Randomized controlled trial. *JAMA*, 306, 1224-1232.
- Geller, D. A., Biederman, J., Steward, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S. V. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1919-1928.
- Lehnen, K., & Pietrowsky, R. (2014). Inhibition deficit in OCD patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47, 60-67. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.11.009
- March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents. A cognitive-behavioral treatment manual*. New York, NY: The Guilford Press.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225, 236-248. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research & Therapy*, 4, 273-280.
- Milad, M. R., Rosenbaum, B. L., & Simon, N. M. (2014) Neuroscience of fear extinction: Implications for assessment and treatment of fear-based and anxiety related disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 17-23.
- Olatunji, B. O., Rosenfield, D., Tart, C. D., Cottraux, J., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2013). Behavioral versus cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder: An examination of outcome and mediators of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 415-428.
- Pediatric OCD Treatment Study Team (POTS) (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination with children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial.

- JAMA, 292, 1969-1976.
- Peris, T. S., & Piacentini, J. (2013). Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: A preliminary trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 1-8.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 255-263.
- Reeves, J., Reynolds, S., Coker, S., & Wilson, C. (2010). An experimental manipulation of responsibility in children: A test of the inflated responsibility model of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 228-233.
- Salemink, E., Wolters, L., & de Haan, E. (2015). Augmentation of treatment as usual with online cognitive bias modification of interpretation training in adolescents with obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49(Pt A), 112-119. doi:10.1016/j.jbtep.2015.02.003
- Salkovskis, P., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 31-44.
- Sholing, H. A. (2016). *Over de psychotherapeut en de buurvrouw. Psychotherapie: wetenschap, werkveld en onderwijs*. Oratie uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van hoogleraar psychotherapie in de context van wetenschap, werkveld en onderwijs, aan de Open Universiteit.
- Skarphedinnsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. C., Nissen, J. B., ... Ivarsson, T. (2014). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 591-602. doi: 10.1007/s00787-014-0613-0
- Storch, E. A., Bussing, R., Small, B. J., Geffken, G. R., McNamara, J. P., Rahman, O., ... Murphy, T. K. (2013). Randomized, placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy alone or combined with sertraline in the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 823-829.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Bengtson, M., Murphy, T. K., Lewis, M. H., Yang, M. C., ... Goodman, W. K. (2007). D-cycloserine does not enhance exposure-response prevention therapy in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 22, 230-237.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Geffken, G. R., Lewin, A. B., Henin, A., ... Geller, D. A. (2010). A preliminary study of D-cycloserine augmentation of cognitive-behavioral therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 68, 1073-1076. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.07.015
- Thorsen, A. L., van den Heuvel, O. A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Neuroimaging of psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 233, 306-313.
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinnsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., ... Ivarsson, T. (2014). Effectiveness of cognitive behavior

- treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcome from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, *64*, 15-23. doi 10.1016/j.brat.2014.11.005
- van den Hout, M. (1996). Exposure: Waarom en hoe het werkt. *Directieve Therapie*, *16*, 308-315.
- van den Hout, M. A., & Kindt, M. (2004). Obsessive-compulsive disorder and the paradoxical effects of perseverative behavior on experienced uncertainty. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *35*, 165-181. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.04.007
- Wolters, L. H., de Haan, E., Hogendoorn, S. M., Boer, F., & Prins, P. J. M. (2016). Severe pediatric OCD and co-morbid autistic symptoms: Effectiveness of cognitive behavioral monotherapy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *10*, 69-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.06.002>