



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

Bedwing je Dwang

Erkenning

Erkend door deelcommissie
Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 3 mei 2018

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: E. de Haan & L.H. Wolters (juli 2015).
Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Bedwing je Dwang'. Utrecht:
Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting	4
Uitgebreide beschrijving	5
1. Probleemomschrijving	5
2. Beschrijving interventie	6
3. Onderbouwing	10
4. Uitvoering	13
5. Onderzoek naar praktijkervaringen	15
6. Onderzoek naar de effectiviteit	15
7. Aangehaalde literatuur	17

Samenvatting

Doelgroep

Het protocol is geschreven voor jongeren van ongeveer 12 tot ongeveer 18 jaar met een dwangstoornis. Deze leeftijdsgrenzen zijn echter niet strikt. Het protocol is ook geschikt voor jongere kinderen vanaf ongeveer 8 jaar. Ouders vormen de intermediaire doelgroep.

Doel

Het hoofddoel van de interventie is het verminderen of verdwijnen van de dwangklachten: de dwanghandelingen, de dwanggedachten en het vermijdingsgedrag. Subdoelen zijn het anders interpreteren van normaal optredende intrusies en het niet meer vermijden van situatie die dwang oproepen.

Aanpak

De behandeling bestaat uit wekelijkse sessies van ongeveer een uur. De behandeling bestaat uit psycho-educatie, Cognitieve Therapie (CT), Exposure en Responspreventie (ERP), en terugvalpreventie. Met CT worden de dwanggedachten aangepakt. Met ERP worden de dwangrituelen die de dwangstoornis in stand houden aangepakt. De ouders worden bij de behandeling betrokken. Zij zijn aanwezig bij de sessies of een deel daarvan. Meestal kan de behandeling na vier maanden (16 zittingen) worden afgesloten.

Materiaal

De interventie bestaat uit de volgende materialen:

- Therapeutenhandleiding 'Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten met het cognitief-gedragstherapeutische protocol Bedwing je dwang' (de Haan & Wolters, 2009).
- Werkboek 'Bedwing je dwang' (Wolters, de Haan & Paauw, 2009).

Onderbouwing

De behandeling bestaat uit Exposure & Responspreventie (ERP) en Cognitieve Therapie (CT). ERP behelst het zich blootstellen (exposure) aan de situaties die dwanghandelingen oproepen (bijvoorbeeld iets aanraken) en vervolgens het niet uitvoeren van de dwanghandeling (handenwassen in dit geval) (responspreventie). ERP is gebaseerd op de twee fasen-theorie van Mowrer (1960) en op het onderzoek van o.a van den Hout en Kindt (2003).

CT is gebaseerd op theorie over het ontstaan en voortbestaan van dwanggedachten, waarin verkeerde interpretaties van normaal optredende intrusies het centrale probleem vormen. In dit model is het veranderen van verkeerde of irreele interpretaties van cognities de belangrijkste interventie.

Onderzoek

In een recente Nederlandse studie bleek het protocol redelijk effectief, met een gemiddelde verbetering van 52% . 71% van de jongeren had na 16 zittingen klachten beneden klinisch nivo (Wolters, 2013). Dit is vergelijkbaar met de eerdere Nederlandse studie (De Haan e.a., 1998) en met buitenlandse studies (Abramowitz e.a., 2005; Watson & Rees, 2008; Sanchez-Meca e.a., 2014).

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

'Bedwing je dwang' richt zich op jeugdigen met een dwangstoornis. Mensen met een obsessieve compulsieve stoornis (OCS) of dwangstoornis hebben last van dwanggedachten en dwanghandelingen. Dwanggedachten zijn steeds terugkerende ideeën, beelden of impulsen die meestal als zinloos of verwerpelijk worden ervaren. Bij kinderen gaat het vaak om rampen die henzelf of familieleden kunnen overkomen. Dwanghandelingen zijn vrijwel altijd bedoeld om de angst opgeroepen door de dwanggedachten te verminderen. Veelvoorkomende dwanghandelingen zijn wassen, schoonmaken, controleren, herhalen en rechtzetten. Een voorbeeld is een kind dat de deur drie keer open en dicht moet doen om te voorkomen dat de ouders een auto-ongeluk krijgen. Wanneer deze dwanggedachten en -handelingen het dagelijks leven beïnvloeden en aanzienlijk leed veroorzaken, is er sprake van een dwangstoornis (APA, 2013).

Spreiding

De dwangstoornis komt, vergeleken met andere psychische problemen zoals ADHD en angststoornissen, minder vaak voor. Het kan echter ook zijn dat de stoornis niet voldoende herkend wordt. Uit 13 epidemiologische studies blijkt een prevalentie van 0,06% tot 2% bij kinderen tot 18 jaar (Heyman et al., 2001). Bij jongere kinderen minder vaak dan bij oudere kinderen. Verhulst en collega's (1997) vonden een prevalentie van 1% bij bijna 3000 13-18 jarigen.

Dwangklachten ontstaan vaak tijdens het begin van de puberteit (Toro et al., 1992), maar ook jongere kinderen (6 tot 8 jaar) kunnen al klachten hebben (Hanna, 1995). Bij de helft tot 80% van de volwassen patiënten zijn de dwangproblemen voor het twintigste jaar ontstaan (Pauls et al., 1995). Comorbiditeit komt veel voor, zo heeft 50-60% van de kinderen met een dwangstoornis ook een angststoornis (Geller et al., 2001), 10-26% een depressieve stoornis (Hanna, 1995; Swedo et al., 1989; Lewin et al., 2010) en 25% ADHD (Masi et al., 2006). Ook tics komen vaak samen met een dwangstoornis voor. 33% van de kinderen met een dwangstoornis heeft ook een ticstoornis (Rosario-Campos, et al., 2005); 40% van de kinderen met een ticstoornis heeft ook een dwangstoornis (Arzeno Ferrão et al., 2009).

Het hebben van tics tijdens de kinderleeftijd en in de vroege puberteit is een voorspellende factor voor een dwangstoornis op latere leeftijd. Dit geldt ook voor ADHD. Een dwangstoornis tijdens de adolescentie voorspelt weer ADHD op volwassen leeftijd (Peterson et al., 2001).

Gevolgen

De kwaliteit van leven van kinderen en jongeren met een ernstige dwangstoornis is aanmerkelijk lager dan van de kinderen uit de algemene bevolking (Weidle et al., 2013). De kinderen gaan vaak niet meer naar school en hebben geen contacten meer met leeftijdsgenoten. Ook wordt het gezinsleven vaak ernstig verstoord (Wu et al., 2014; Flessner, et al., 2012). Onbehandeld blijft de dwangstoornis meestal aanwezig en wordt in een groot aantal gevallen ernstiger. Van de volwassen patiënten met een dwangstoornis heeft de helft tot 80% een begin in de puberteit of nog vroeger (Kringlen, 1970; Pauls et al., 1995).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep bestaat uit kinderen en jongeren van ongeveer 12 tot 18 jaar, die gediagnosticeerd zijn met een dwangstoornis. . Deze leeftijdsgrenzen zijn echter niet strikt. Het protocol kan ook gebruikt worden bij jongere kinderen vanaf ongeveer 8 jaar. In het protocol zijn daarvoor aanwijzingen gegeven. Er zijn geen theoretische gronden voor een leeftijdscriterium voor de behandeling. De gebruikte (evidence based)principes kunnen in theorie voor alle leeftijden worden toegepast. Het hier beschreven behandelprotocol is een uitwerking van die principes voor kinderen van 12-18 jaar, in die zin dat de voorbeelden en illustraties zoveel mogelijk zijn toegesneden op die leeftijdsgroep. OCS komt het meest bij die leeftijdsgroep voor. Omdat er echter ook jongere kinderen met een OCS zijn, zijn waar opportuun aanpassingen voor jongere kinderen in het protocol gemaakt.

Intermediaire doelgroep

Intermediaire doelgroep vormen de ouders.

Selectie van doelgroepen

De doelgroep wordt meestal verwezen door de huisarts of door een andere ggz-instelling. De selectie vindt plaats door middel van intake en diagnostiek. De DSM-(IV of V) diagnose en de lijdensdruk zijn de belangrijkste indicaties voor behandeling. Een kind dat wel dwanghandelingen heeft, maar hiervan geen last heeft, niet gehinderd wordt in zijn/haar functioneren en evenmin een hulpvraag heeft, komt niet in aanmerking voor behandeling. Om de ernst van de dwangklachten te bepalen wordt de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale- Child Version (CY-BOCS) afgenomen. Dit is een gestructureerd interview naar de ernst, lijdensdruk, interferentie en verzet tegen de dwangrituelen, afgenomen bij het kind/adolescent. Een CY-BOCS score van 16 of meer duidt op ernstige problematiek. De lijdensdruk van de DSM komt overeen met de lijdensdruk die door de CY-BOCS getalsmatig wordt weergegeven. In die zin is de CY-BOCS leidend voor de behandelindicatie. Bij de differentiele diagnostiek kan gebruik gemaakt worden van een gestructureerd diagnostisch interview (ADIS), dat zowel bij kind als ouders wordt afgenomen). Een contra-indicatie voor de behandeling met *Bedwing je Dwang* is een ander probleem als hoofddiagnose, zoals wordt vastgesteld met de ADIS (een ernstscore van 4 of meer, en de wens van de betrokkenen om eerst het andere probleem te behandelen). IQ en taalvaardigheid zijn op zich geen contra-indicaties. Wanneer het kind geen Nederlands spreekt en de therapeut niet de taal van het kind, zal gebruikt gemaakt moeten worden van een tolk.

Van belang is om met alle betrokkenen te bespreken hoe aan de voorwaarden voor een behandeling voldaan kan worden (ERP oefeningen thuis kunnen doen, zonodig met hulp van de ouders, naar de therapie sessies komen, voldoende ondersteuning voor de jongere vanuit de omgeving, ouders belasten de jongere zo min mogelijk met hun problemen) *Bedwing je Dwang* kan zowel poliklinisch als (dag)klinisch toegepast worden.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de interventie is het verminderen of verdwijnen van de dwangklachten: de dwanghandelingen, de dwanggedachten en het vermijdingsgedrag. Concreet betekent dit dat er niet of nauwelijks meer dwanghandelingen worden

uitgevoerd, dat angsten geen rol meer spelen in het leven van de betrokkene en dat dwanggedachten niet meer optreden of als onbelangrijk terzijde kunnen worden geschoven. Er wordt (vrijwel) niets meer vermeden om dwanghandelingen te voorkomen. Wanneer bij stress de dwang toch weer toeneemt herkent de betrokkene dit en weet wat te doen. Dit betekent een CY-BOCSscore van 12 of minder. Een CY-BOCSscore van 12 of minder geldt als een 'normale'score (Yucelen et al., 2006).

Subdoelen

- Het anders denken over normaal optredende intrusies
- Het niet meer uit de weggaan van situaties die dwang oproepen

Subdoelen voor intermediaire doelgroepen zijn:

- Kennis over dwangproblematiek en over de goede reactie daarop: ouders begrijpen wat een dwangstoornis is en weten hoe zij het beste kunnen reageren op vragen van hun kind hem/haar met de dwangrituelen en of vermijdingsgedrag te helpen.
- Ouders helpen niet meer met dwangrituelen en of vermijdingsgedrag.
- Ouders helpen het kind met het uitvoeren van de huiswerkopdrachten

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie bestaat uit therapie sessies die wekelijks plaatsvinden. Als de klachten minder worden kan de frequentie afnemen naar eens per twee of drie weken. De sessies duren 45-60 minuten. Bij zeer ernstige klachten zijn er soms twee sessies per week. Ouders worden betrokken bij de behandeling. Bij jonge kinderen zijn zij bij iedere sessie aanwezig, bij oudere kinderen naar gelang de wens van kind en ouders een gedeelte van de sessies of om de vier a vijf sessies. Tijdens de sessies worden de (exposure) oefeningen die het kind thuis gaat doen besproken, en soms ook al in de sessie uitgevoerd. De interventie duurt meestal vier maanden (16 zittingen).

Locatie en uitvoerders

De interventie kan worden uitgevoerd in ggz-instellingen en in particuliere praktijken door psychologen, pedagogen en psychiaters, bij voorkeur geregistreeerde cognitief gedragstherapeuten. Ook sociotherapeuten kunnen de interventies (onder supervisie) uitvoeren. De dwangstoornis wordt bij voorkeur ambulante behandeld. Klinische behandeling is geïndiceerd als de ambulante behandeling geen enkel effect sorteert of als de situatie bij de betrokkenen thuis onhoudbaar is geworden. Het is aan te raden een ernstige dwangstoornis in een gespecialiseerde setting te behandelen.

Inhoud van de interventie

Hieronder worden de verschillende onderdelen van de behandeling beschreven.

Uitleg en verklaring van de klachten

Tijdens de eerste sessie wordt informatie gegeven over de dwangstoornis. Bij voorkeur komen kind en ouders samen naar deze eerste sessie.

Inventarisatie klachten

In de eerste en tweede sessie worden de dwangrituelen, dwanggedachten en het vermijdingsgedrag van de jeugdige nauwkeurig geïnventariseerd. Daarbij wordt ook aan het kind gevraagd of deze weet waarom hij of zij de dwanghandelingen uitvoert of wat er

zou gebeuren als de dwanghandelingen niet worden uitgevoerd. Op deze manier wordt een beoordeling van angsten en obsessies gemaakt.

Exposure en responspreventie

Wanneer dwanggedachten geen duidelijke rol spelen kan al bij de tweede sessie begonnen worden met exposure en responspreventie (ERP). Daarin wordt het kind/de jongere langzaam maar zeker blootgesteld aan die situaties die angst en dwangrituelen oproepen (exposure), zonder dat de dwangrituelen uitgevoerd mogen worden (responspreventie) Voorbeeldoefeningen zijn: 'Bij het naar bed gaan de gordijnen niet meer controleren' en 'Eén keer mijn handen wassen voor het eten (in plaats van drie keer).' De therapeut maakt samen met jeugdige een exposure-hiërarchie: het deelt de oefeningen in in makkelijke en moeilijke oefeningen. De moeilijkste oefeningen worden bewaard voor de latere sessies. De voortgang van de ERP-oefeningen wordt tijdens de sessies besproken. Eerder afgesproken ERP-oefeningen worden steeds herhaald.

Cognitieve interventies

Wanneer dwanggedachten een duidelijke rol spelen, wordt gestart met cognitieve interventies. Er wordt geïnventariseerd welke dwanggedachten de jeugdige heeft en er wordt besproken wat deze gedachten eigenlijk betekenen. Zo gaan sommige dwanggedachten niet over dingen die iemand eigenlijk zou willen, maar juist gaan over dingen die iemand absoluut niet wil. Zo betekent de dwanggedachte 'Mijn opa wordt ziek en gaat dood' eigenlijk dat iemand heel veel van zijn/haar opa houdt. Vervolgens kan de therapeut kiezen uit een aantal verschillende cognitieve technieken, zoals 'helpende gedachten', 'onderzoeken en nuanceren' of het 'hikje van de hersenen' die in het handboek staan beschreven. Hierbij zijn ook de indicaties voor de verschillende technieken beschreven.

Een voorbeeldtechniek is 'Helpende gedachten.' In deze techniek verzinnen de jeugdige en de therapeut samen helpende gedachten voor de angst van de jeugdige. Wanneer deze bijvoorbeeld bang is dat zijn/haar moeder een auto-ongeluk zal krijgen, kan een helpende gedachte zijn 'Mijn moeder kan goed autorijden dus er gebeurt niets.' Een andere techniek is 'Voor en tegen.' In deze techniek leert de jeugdige om dwanghandelingen van meerdere kanten te bekijken. Samen met de therapeut verzint de jeugdige argumenten voor en tegen de dwanghandelingen. De cognitieve interventies kunnen lastig zijn voor jongere kinderen. De therapeut kan dan van andere middelen gebruik te maken zoals tekeningen om cognities te inventariseren of handpoppen aan de hand waarvan het kind de dwanggedachten verwoordt. Er worden ook een aantal cognitieve technieken beschreven waarmee gedachten vervangen worden zonder al te veel in te gaan op de inhoud van de gedachten.

Registratie

Het kind/de jongere krijgt de opdracht om de frequentie van de dwangrituelen of obsessies te registreren. Zo krijgen therapeut en de jeugdige zelf een goed beeld van het beloop, de ernst en de afname van de problemen. Voor het kind/de jongere werkt dit motiverend. Bij jongere kinderen kunnen ouders gevraagd worden te registreren.

Motiveren

Het is belangrijk dat het kind/de jongere actief betrokken is bij het therapieproces. Deze moet instemmen met de behandeling en meewerken. De therapeut moet zorgen voor een vrolijke en positieve sfeer en blijven stimuleren.

Aandacht voor andere belangrijke aspecten van het leven

Aandacht voor andere belangrijke aspecten van het leven van het kind/de jongere is belangrijk. Vooral aandacht voor de dingen die nog wel goed gaan, maar ook bijvoorbeeld voor school, vrienden en vakantie.

Vullen van de leegte

Kinderen/jongeren met een ernstige dwangstoornis doen meestal weinig anders dan dwangrituelen uitvoeren. Als de dwangproblemen afnemen is er weer ruimte voor het oppakken van hobby's waar zij vroeger plezier aan beleefden. Dit wordt besproken.

Participatie ouders of andere gezinsleden

Ouders spelen vaak een rol bij de dwangstoornis, in die zin dat zij het kind helpen met het uitvoeren van de dwanghandelingen of wel handelingen overnemen, waardoor het kind kan vermijden (bijvoorbeeld de deur open doen, tas inpakken etc.). Het is daarom belangrijk hen actief bij de behandeling te betrekken. Bij jongere kinderen wonen zij elke sessie bij. Zo kunnen zij de behandelprincipes leren, de therapeut als model observeren en horen wat de huiswerkopdrachten zijn. Bij oudere kinderen (> 12 jaar) hoeven de ouders niet altijd aanwezig te zijn. Wel moeten zij op de hoogte zijn van het behandelprogramma. Afhankelijk van de wens van de jongere zijn de ouders elke sessie, een deel van de sessie, dan wel om de vier sessies (gedeeltelijk) aanwezig. Er kunnen ook aparte sessies met de ouders plaatsvinden (bijvoorbeeld wanneer de ouders iets zonder hun kind willen bespreken).

Terugvalpreventie

De afsluitende sessie vindt bij voorkeur plaats samen met de jeugdige en de ouders. Er wordt besproken wat er door kind en ouders zelf gedaan kan worden als de klachten terugkomen. (EHBO-plan) en met wie contact opgenomen kan worden als de klachten hiermee niet verminderen. Een follow-up afspraak na 3 en 6 maanden na einde van de behandeling is gebruikelijk.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep was niet betrokken bij het ontwikkelen van de interventie. Wel is bij de uitwerking van de behandelprincipes rekening gehouden met de reacties van de doelgroep. Deze uitwerking - cognitieve strategieën, vormen van beloning, uitleg van behandelprincipes etc. - is gebaseerd op ervaringen met de doelgroep in de praktijk.

Buitenlandse interventie

De interventie is in Nederland ontwikkeld, op grond van dezelfde behandelprincipes zoals deze ook in buitenlandse protocollen worden toegepast.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

In Nederland worden geen vergelijkbare interventies toegepast.

Overeenkomsten en verschillen

Nvt.

Toegevoegde waarde

Nvt.

3. Onderbouwing

Oorzaken

Zoals bij vrijwel alle psychische stoornissen zijn de oorzaken van het probleem niet bekend. Erfelijkheid verklaart ongeveer de eenderde van de variantie. Andere factoren zijn niet bekend.

Er zijn twee modellen waarin het voortblijven bestaan van de klachten verklaard worden.

1. Cognitieve model

In het cognitieve model staan de obsessies centraal. Obsessies ontstaan in dit model als gevolg van verkeerde interpretaties van normaal voorkomende intrusies. Die verkeerde interpretaties en de daaruit volgende obsessies vormen het kernprobleem van de dwangstoornis. Dwanghandelingen worden dan opgevat als een poging om de angst, ontstaan door de obsessies, op te lossen (Rachman, 1998). De cognitieve therapie van de dwangstoornis, waarin het veranderen van die obsessies en interpretaties het speerpunt is, is gebaseerd op deze theorie. Door middel van cognitieve technieken leert de jeugdige de gedachten anders te interpreteren. In de therapie worden gedachten, opvattingen en interpretaties van gedachten door de therapeut en de jeugdige getoetst op juistheid en rationaliteit en langzaam maar zeker veranderd. Door het veranderen van de cognities kan de aanleiding voor de angsten en de dwanghandelingen weggenomen worden, waardoor de exposure beter toe te passen is.

Niet bij alle jeugdigen met een dwangstoornis is het veranderen van cognities een doelstelling. Bij sommige jeugdigen gaan er geen gedachten aan de dwanghandelingen vooraf.

Uit onderzoek naar deze cognitieve theorie blijkt steeds weer dat er een relatie is tussen verkeerde interpretaties en daaruit voortkomende obsessies en een dwangstoornis. Mensen die dwanghandelingen uitvoeren, hebben in een groot aantal gevallen ook obsessies. Zij zien overal gevaar in, of zij zijn bang dat er een ramp gebeurt omdat zij niet voldoende gecontroleerd hebben. De richting van dit verband tussen dwanghandelingen en interpretaties en obsessies is echter nog nooit aangetoond. Met andere woorden, of dwanghandelingen *veroorzaakt* worden door obsessies is niet duidelijk. De relatie zou ook wel eens andersom kunnen liggen: de obsessies zijn het gevolg van de dwanghandeling. Zij zijn voor de betrokkene de verklaring voor zijn of haar onbegrijpelijke handelingen (vgl Gillan & Sahakian, 2015). Maar ook of dat juist is weten we niet.

2. Herhalen is het probleem

Het cognitieve model verklaart niet waarom iemand dwanghandelingen *blijft* uitvoeren en zelfs in de loop van de tijd er steeds meer nodig heeft om zich zeker en rustig te voelen. Waarom heeft iemand niet genoeg aan één keer goed handenwassen of één keer controleren? Uit onderzoek naar deze vraag blijkt dat herhalen (om zeker te worden) de onzekerheid doet toenemen (van den Hout & Kindt, 2003; Radosky et al., 2014). De oplossing voor de onzekerheid – opnieuw controleren – zorgt alleen maar voor nieuwe onzekerheid, waarvoor nog meer controleren nodig is. Zo houdt het dwangritueel zichzelf in stand. Waarom sommige mensen *beginnen* met vaker controleren is daarmee nog niet duidelijk. Verondersteld wordt dat onzekerheid als een persoonlijkheidskenmerk hiermee

te maken heeft (Toffolo et al., 2013). De praktische consequenties van dit model zijn duidelijk: exposure en vooral responspreventie (onderdeel van cognitieve gedragstherapie) zijn de belangrijkste interventies. Hiermee wordt het herhaalgedrag gestopt, waarmee ook de instandhoudende factoren voor de dwangstoornis gestopt worden.

Aan te pakken factoren

De oorzaak van de dwangstoornis is niet bekend. Wel is bekend welke factoren de problemen instandhouden (zie 3) . Dit zijn de dwanghandelingen, het vermijdingsgedrag en de cognities. Deze factoren worden aangepakt door

1. de gedragstherapeutische strategieën exposure en responsepreventie, waarmee de dwanghandelingen en het vermijdingsgedrag verdwijnen en indirect de dwanggedachten.
2. De gedragstherapeutische strategie cognitieve therapie, waarmee de interpretaties van normale intrusies en daarmee de dwanggedachten en indirect de dwanghandelingen en het vermijdingsgedrag worden aangepakt.

Het hoofddoel van de interventie is het verminderen of verdwijnen van de dwangklachten: de dwanghandelingen, de dwanggedachten en het vermijdingsgedrag. Dit wordt door deze interventies bereikt.

Voorts kunnen reacties van ouders de problemen in stand houden, doordat zij helpen met de dwangrituelen of met het vermijdingsgedrag.

Dit wordt aangepakt door psycho-educatie aan de ouders en door hen te betrekken in de behandeling. Hun hulp bij de dwangrituelen wordt een onderdeel van het exposure en responspreventie programma. Die hulp wordt net als de dwangrituelen stap voor stap beëindigd. Bovendien kunnen zij als hulp worden ingeschakeld bij de huiswerkopdrachten

Deze interventie past in het subdoelen:

- ouders begrijpen wat een dwangstoornis is en weten hoe zij het beste kunnen reageren op vragen van hun kind hem/haar met de dwangrituelen en of vermijdingsgedrag te helpen.
- Ouders helpen niet meer met dwangrituelen en of vermijdingsgedrag.

De dwangstoornis heeft een aantal gevolgen waarvan sommige in de interventie expliciet worden aangepakt. Andere zullen verdwijnen als de dwangproblematiek afneemt. Hier worden dus geen factoren aangepakt die als oorzaak dan wel instandhoudende factor aangemerkt kunnen worden. De subdoelen zijn:

1. Hervatten contacten met leeftijdgenoten: er zijn weer contacten met leeftijdgenoten, vergelijkbaar met de situatie voordat de dwangproblemen ontstonden. Bij het afnemen van de dwangproblematiek is aandacht voor terugkeer naar het gewone leven, met leeftijdsadequate activiteiten een onderdeel van de behandeling.
2. Toename van kwaliteit van leven: kind/adolescent vindt zichzelf weer vrolijk en wordt ook zo gezien door de ouders en verminderen van depressieve klachten, kind/adolescent voldoet niet meer aan de criteria voor een depressie worden bereikt wanneer de dwangproblematiek afneemt. Over het algemeen zijn hiervoor geen specifieke interventies nodig.
3. Hervatten schoolbezoek: kind/adolescent gaat weer normaal naar school Dit wordt bereikt door bij schoolverzuim te inventariseren welke dwangproblematiek op school speelt en dit op te nemen in het gedragstherapeutisch programma (ERP en CT). Voorts is stapsgewijze terugkeer naar school nodig. Dit is overigens niet een

specifiek onderdeel van de behandeling van een dwangstoornis. Het is een interventie die bij alle schoolverzuim wordt toegepast.

Verantwoording

De behandeling bestaat uit Exposure & Responspreventie (ERP) en Cognitieve Therapie (CT). ERP behelst het zich blootstellen (exposure) aan de situaties die dwanghandelingen oproepen (bijvoorbeeld iets aanraken) en vervolgens het niet uitvoeren van de dwanghandeling (handenwassen in dit geval) (responspreventie). Deze strategie is voor het eerste beschreven door Meijer (1966). In zijn model is het doel van de strategie dat de cliënt leert dat datgene waar hij/zij bang voor is, niet optreedt. Later is het angstreducerend effect van de dwanghandelingen benadrukt. In dit model worden dwanghandelingen opgevat als actief vermijdingsgedrag. Passief vermijdingsgedrag is het vermijden van situaties die dwanghandelingen oproepen. Door de dwanghandelingen neemt de angst af, hetgeen op te vatten is als negatieve reinforment van die dwanghandelingen, waarmee ze blijven bestaan. Deze verklaring is gebaseerd op de tweefasen theorie van Mowrer. In deze theorie speelt klassieke conditionering een belangrijke rol bij het ontstaan van de klachten (de eerste fase). Angsten bij de dwangstoornis (of van angststoornissen) zouden oorspronkelijk zijn ontstaan na een traumatische gebeurtenis, waarna de situatie of de omgeving waarin dit is gebeurd een connotatie van angst heeft gekregen (klassieke conditionering). In de tweede fase wordt het actieve (dwanghandelingen) of passieve vermijdingsgedrag negatief bekrachtigd door het verdwijnen van de angst, waardoor het blijft bestaan (operante conditionering). Het tweede gedeelte van deze theorie wordt door onderzoeksgegevens ondersteund (Emmelkamp, 1982).

Een nieuwere theorie is de theorie van Van den Hout en Kindt, waarbij de dwanghandelingen zelf (en dus niet het gevolg (de afname van de angst) de oorzaak zijn van het voortbestaan van de dwangproblematiek. Herhaald gedrag veroorzaakt onzekerheid, waardoor nog meer herhaald gedrag (dwangrituelen) nodig is, zo blijkt uit onderzoek (Van den Hout & Kindt, 2003).

Op grond van beide theorieën is het staken van de dwanghandelingen de belangrijkste interventie. Hoe dit in Bedwing je dwang gebeurt is in 2.3 beschreven.

In de cognitieve theorie over het ontstaan en voortbestaan van dwanggedachten wordt ervan uitgegaan dat een 'verkeerde' interpretatie van normaal optredende intrusies, de oorzaak is van de dwangproblematiek. Het gevolg van de verkeerde interpretaties is angst, die door dwanghandelingen worden geneutraliseerd. De relatie dwanggedachten en dwanghandelingen met interpretaties van intrusies is in een groot aantal onderzoeken aangetoond (Frost & Steketee, 2002). In dit model is het veranderen van verkeerde of irrealistische interpretaties van cognities de belangrijkste interventie. Hoe dit in Bedwing je dwang gebeurt is in 2.3 beschreven.

De ouders vormen de intermediaire doelgroep. Zij hebben vaak een rol in de dwangproblematiek, in die zin dat zij helpen bij de dwangrituelen en het vermijdingsgedrag. Hiermee worden de problemen in stand gehouden. Hun gedrag is dus een onderdeel van de behandeling. Daarnaast zijn zij, zeker bij jongere kinderen, nodig om hun kind te helpen bij de therapie-opdrachten. Hoe dit in Bedwing je dwang gebeurt is in 2.3 beschreven.

Uit buitenlands onderzoek naar het effect van exposure en responspreventie en cognitieve therapie bij een dwangstoornis bij kinderen en jongeren blijkt dat deze behandeling effectief is. Er blijkt een aanzienlijke afname van de klachten (Sanchez-Meca et al, 2014).

In een recente Nederlandse studie naar het effect van 'Bedwing je dwang' bleek een significant verschil met een acht weken durende wachtlijstconditie ($P < .05$). Met betrekking tot de dwangklachten werd een gemiddelde verbetering van 52% geconstateerd. 71% van de jongeren had na 16 zittingen klachten beneden klinisch nivo (Wolters, 2013).

Ook andere problemen verminderden significant: angstklachten (gemeten op de RCADS), depressieve klachten (CDI). Op de maat voor algemene psychopathologie werd eveneens een significante verbetering gezien, zowel bij de scores van de jeugdige zelf (YSR) als bij de scores van de ouders over hun kind (CBCL). Ook op de maat voor kwaliteit van leven (KIDSCREEN) werden verbeteringen geconstateerd.

Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de eerdere Nederlandse studie (De Haan et al., 1997) en met buitenlandse studies (Meta-analyses) (Abramowitz et al., 2005; Watson & Rees, 2008; Sanchez-Meca et al., 2014).

Werkzame elementen

- Het toepassen van exposure- en responspreventie
- Het toepassen van cognitieve therapie (indien er sprake is van dwanggedachten)
- Het intensief betrekken van de ouder(s).

4. Uitvoering

Materialen

De interventie bestaat uit de volgende materialen:

- Therapeutenhandleiding 'Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten met het cognitief-gedragstherapeutische protocol Bedwing je dwang' (de Haan & Wolters, 2009).
- Werkboek 'Bedwing je dwang' (Wolters et al., 2008).

De materialen zijn verkrijgbaar bij uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum (www.bsl.nl). Op die website zijn bovendien een aantal bijlagen te downloaden, waaronder verschillende meetinstrumenten en registratieformulieren.

Type organisatie

De interventie kan uit worden gevoerd in ggz-instellingen en particuliere praktijken, waar de behandelaar een specifieke opleiding voor de behandeling van de dwangstoornis heeft gevolgd. Dit zijn instellingen of praktijken waar vaker kinderen met een dwangstoornis worden behandeld en waar een mogelijkheid is tot overleg met andere, in de behandeling ervaren therapeuten.

Opleiding en competenties

De interventie kan worden gegeven door GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters, geregistreerd als cognitief gedragstherapeut of daartoe in opleiding. Ook sociotherapeuten die de registratie cognitief gedragstherapeutisch medewerker hebben of daartoe in opleiding zijn, kunnen de interventies (onder supervisie) uitvoeren.

Een vooropleiding in de cognitieve gedragstherapie, minimaal basiscursus, is vereist.

Deze opleiding wordt dan gevolgd door een specifieke cursus in de behandeling van de dwangstoornis gevolgd door supervisie. De cursus omvat de theorie van de behandeling, het doorlopen van het protocol en praktische oefening.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt door effectmetingen (CY-BOCS, specifieke maten voor angst en depressie en algemene psychopathologiemaat CBCL en YSR) en door regelmatige intervisiebijeenkomsten of collegiaal overleg. Er is geen landelijk systeem van kwaliteitsbewaking specifiek voor dit protocol.

Het expertisecentrum Dwang Angst Tics (DAT) van de Bascule biedt de mogelijkheid tot consultatie en second opinion bij moeilijk verlopenende behandelingen van de dwangstoornis.

Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van de interventie moeten er super- dan wel intervisiemogelijkheden zijn. Therapeuten moeten een ruimte hebben waarin de behandeling ongestoord kan plaatsvinden. Er is een mogelijkheid om video- of eventueel audio-opnamen te maken voor super/intervisie.

Implementatie

Er is een cursus (5 dagdelen) voor gz-psychologen, klinisch psychologen en psychiaters om het protocol te leren toepassen. Ook worden er regelmatig cursussen gegeven in het toepassen van de interventie. Intern (de Bascule) worden mensen opgeleid middels de cursus, intensieve supervisie en intervisie-bijeenkomsten.

Kosten

Personele kosten

Uit onderzoek blijkt dat een behandeling gemiddeld 4-7 maanden, duurt met wekelijk tot twee-wekelijks sessies van 45 minuten + 15 minuten administratie

Intake en diagnostiek duren 1-3 sessies:

Psycholoog: 1-3 sessies intake; 16-26 sessies behandeling. 2 sessie follow-up

Cursus: 5 dagdelen, gevolgd door supervisie afhankelijk van kennis en ervaring

Materiele kosten:

- Therapeutenhandleiding 'Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten met het cognitief-gedragstherapeutische protocol Bedwing je dwang' (de Haan & Wolters, 2009). €48,99
- Werkboek 'Bedwing je dwang' (Wolters et al., 2009). €24,99

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

Binnen het kader van een gecontroleerde effectiviteitsstudie is ook gekeken naar de praktijkervaringen van de interventie, middels de tweewekelijks gehouden intervisiesessies waarin cliënten van het onderzoek werden besproken en mogelijke problemen met de interventie. De uitkomst hiervan is dat de interventie goed is uit te voeren in een instelling waar men bekend is met de problematiek. Er is echter geen formeel onderzoek naar praktijkervaringen gedaan.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

In Nederland zijn twee studies naar het effect van 'Bedwing je dwang' gedaan. Het eerste onderzoek betrof een RCT bij 23 kinderen van 8-18 jaar, waarin cognitieve gedragstherapie (CGT) (12 cliënten) vergeleken werd met medicatie (clomipramine) (10 cliënten). Het effect van de behandeling werd gemeten met de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale – child version (CY-BOCS) (Schahill et al, 1997), als maat voor de dwangstoornis. Als maat voor algemene psychopathologie is de CBCL (Verhulst et al, 1996) gebruikt, als maat voor depressieve klachten de KDS (Luteijn, 1981). De behandelresultaten zijn geanalyseerd met afzonderlijke MANOVA's voor herhaalde metingen voor de twee behandelcondities en de twee meetmomenten (voormeting en nameting) voor dwangklachten, depressieve klachten (KDS) en algemene psychopathologie (CBCL). Significante tijdeffekten zijn verder geanalyseerd met gepaarde t-toetsen. Voor de effectsize is de Cohen's d (Cohen, 1988) berekend. Van de gebruikte vragenlijsten is de CBCL in Nederland gevalideerd, de KDS niet. De CY-BOCS is een gestructureerd interview en de gouden standaard voor het meten van de ernst van de dwangklachten, in Nederland niet gevalideerd. Er viel een cliënt uit (in de gedragstherapieconditie). Gemiddeld verbeterden de cliënten met gedragstherapie 59,9% (SD= 35,5, range 11% - 100%), met een effectsize van 1.58. In de medicatieconditie werd een gemiddelde verbetering van 33,4 % bereikt (SD= 34,9, range -9%-100%). De effectsize was 1.45. Het verschil tussen de behandelcondities was significant (De Haan et al., 1998). Implementatietrouw is niet gemeten. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk, waarmee de inbedding in de praktijk is gewaarborgd. Voor een uitvoerige beschrijving van het onderzoek wordt verwezen naar het artikel hierover (de Haan et al, 1998, bijgevoegd)

Kortgeleden is er een gecontroleerde, gerandomiseerde multicenter studie gedaan bij 58 kinderen van 8-18 jaar (Wolters, 2013). Het effect van acht sessies CGT werd vergeleken met een wachtlijst. Na deze 8 sessies werd de CGT voortgezet volgens het protocol (16 sessies). De kinderen die in de wachtlijstconditie zaten kregen vervolgens eveneens 16 sessies CGT volgens het protocol. Het effect van de behandeling is gemeten met de CY-BOCS. Secundaire uitkomstmaten waren maten voor angst (RCADS-C, Chorpita et al, 2005), voor depressie (CDI, Kovacs, 1992) en voor algemene psychopathologie (CBCL, Verhulst et al, 1996).

De behandelresultaten van de eerste acht weken (CGT versus wachtlijst) zijn geanalyseerd met een mixed design ANOVA. Daarna is het effect van CGT voor de totale groep verder geanalyseerd met een linear mixed model analysis, met tijd als de onafhankelijke variable en de score op de CY-BOCS als de afhankelijke variable.

Er bleek een significant verschil in effect tussen de kinderen die acht sessies CGT hadden gehad en de kinderen op de wachtlijst ($F(1, 39) = 5.20, p < .05$). De kinderen die op de wachtlijst stonden verbeterden niet; de kinderen die behandeling gehad hadden verbeterden aanzienlijk. Dat betekent dat de behandeling effectief was, en dat de verbetering niet verklaard kon worden als gevolg van het verloop van tijd. Na 16 zittingen CGT was er een gemiddelde afname van de klachten van 52,3%. Bij follow-up na een jaar is dit 67,4%. De effectsize voor CGT was 2.49.

Er waren in totaal acht uitvallers. Implementatietrouw is gemeten door 25% van de sessieverslagen door twee onafhankelijke beoordelaars te laten scoren op het volgen van het protocol. In 98,5% van de gescoorde sessies was het protocol goed gevolgd. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk, waarmee de inbedding in de praktijk is gewaarborgd. Voor een uitvoerige beschrijving van het onderzoek wordt verwezen naar het proefschrift (hoofdstuk 6), reeds in uw bezit.

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

In het buitenland, met name in de VS, is een vrij groot aantal studies gedaan naar de effectiviteit van CGT bij de behandeling van een dwangstoornis bij kinderen en jongeren. Er is een aantal meta-analyses gedaan naar het effect van CGT (Abramowitz et.al., 2005; Watson & Rees, 2008; Sanchez-Meca et.al., 2014). In de meest recente meta-analyse wordt voor het eerst ook het effect van de combinatie-behandeling (CGT gecombineerd met medicatie) meegenomen. In deze meta-analyses zijn vergelijkbare effecten gevonden. Vergeleken met een controlegroep (meestal wachtlijst) is CGT een effectieve behandeling.

7. Aangehaalde literatuur

- Abramowitz, J.S., Whiteside, S.P., Deacon, B.J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behaviour Therapy*, 36, 55–63.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition. American Psychiatric Association
- Arzeno Ferrão, Y., Miguel, E., Stein, D.J. (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: How closely are they related? *Psychiatry Research* 170, 32–42
- Chorpita, B.F., Moffit, C.E., Gray, J. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 309-322
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- De Haan, E., Hoogduin, K.A.L., Buitelaar, J.K., Keijsers, G.J.P. (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. Met het cognitief-gedragstherapeutisch protocol Bedwing je dwang*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York: Plenum.
- Evans, D. W., Leckman, J., Reznick, J., Carter, A., Henshaw, D., King, R., & Pauls, D. (1997). Ritual, habit, and perfectionism: The prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development*, 68, 58–68.
- Flessner, C.A., Freeman, J.B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M.E., March, J.S., Foa (2011). Predictors of Parental Accommodation in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Findings from the Pediatric Obsessive- Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(7), 716 –725.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Access Online via Elsevier.
- 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
- Gillan, C.M., & Sahakian, B.J. (2015). Which is the driver, the obsessions or the compulsions, in OCD? *Neuropsychopharmacology Reviews*, 40, 247-248.
- Haan, E. de, Hoogduin, K. Buitelaar, J. & Keijsers, G. (1998). Behavior therapy versus clomipramine in obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 1022 – 1029

- Hanna, G.L. (1995). Demographic and clinical features in obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 19-27.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry, 179*, 324-329.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. North Tonawanda, NY: Multi Health Systems
- Kringlen, E. (1970) Natural history of obsessional neurosis. *Seminars in Psychiatry, 2*, 403-418
- Lewin, A.B., Chang, S., McCracken, J., McQueen, M., Piacentini, J. (2010). Comparison of clinical features among youth with tic disorders, obsessive compulsive disorder (OCD) and both conditions. *Psychiatry Research, 178*, 317-322.
- Luteijn, F. (1981). *KDS. Kinder depressieschaal*. Lisse Swetz & Zeitlinger.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York, Wiley.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C. & Arcangeli, F. (2006). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 42-47.
- Pauls, D.L., Alsobrook, J.P., Goodman, W., Rasmussen, S. & Leckman, J.F. (1995). A family study of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 76-84.
- Peterson, B.S., Pine, D.S., Cohen, P., & Brook, J.S. (2001). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 685-695.
- Rachman S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 385-401.
- Radomsky, A.S., Dugas, M.J., Alcolado, G.M., Lavoie, S.L. (2014). When more is less: Doubt, repetition, memory, metamemory, and compulsive checking in OCD. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 30-39.
- Rosario-Campos, M.C., Leckman, J.F., Curi, M., Quatrano, S., Katsovitch, L., Miguel, E.C., Pauls, D.L., 2005. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal Medical Genetics B Neuropsychiatric Genetics 136* (1), 92-97.
- Toffolo, M.B.J., van den Hout, M.A., Hooge, I.T.C., Engelhard, I.M. & Cath, D.C. (2013). Mild Uncertainty Promotes Checking Behavior in Subclinical Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychological Science, 1*, 103-109
- 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.

Schahill, L. Riddle, M.A., McSwigginHardin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., et al (1997). Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale; reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 844 – 852

Swedo, S.E., Rapoport, J.L. Leonard, H., Lenane, M., Cheslow, D., (1989). Obsessive compulsive disorder in children and edolescents. Clinical phenomenology, of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341

Toro, J., Cervera, M., Osejo, E., e.a. (1992). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1025-1037.

Van den Hout, M. & Kindt, M. (2003) Waarom herhaald controleren twijfel aan het geheugen niet wegneemt. *Directieve Therapie*, 25, 74-81

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, Ferdinand, R.F., & Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.

Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). Handleiding voor de CBCL. Rotterdam; Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit.

Watson, H.J. & Rees, C.S. (2008) Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49, 5, 489–498.

Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., Thomsen, P.H. (2014) Quality of life in children with OCD with and without comorbidity
Health and Quality of Life Outcomes 2014, 1:152 doi:10.1186/s12955-014-0152-x

Wolters, L.H. (2013) Towards improving treatment for childhood OCD: Analyzing mediating mechanisms & non-response. Universiteit van Amsterdam, Academisch proefschrift.

Wolters, L., Haan, E. de, Paauw, C. (2008). *Bedwing je dwang. Werkboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wu, M.S., Lewin, A.B., Murphy, T.M., Geffken, G.R., Storch, E.A. (2014) Phenomenological considerations of family accommodation: Related clinical characteristics and family factors in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive Compulsive and Related disorders*

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.



