

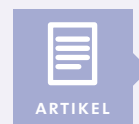
Intensieve kortdurende behandeling voor jongeren met een hardnekkige obsessieve-compulsieve stoornis: drie gevalsbeschrijvingen

S.M. EENINK, M. KAMPMAN, L. HENDRIKS, G.J. HENDRIKS

SAMENVATTING Circa 40% van de jongeren met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) herstelt onvoldoende na een reguliere behandeling met cognitieve gedragstherapie en loopt het risico op chroniciteit van de problematiek en ontwikkelingsstagnatie. Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar effectieve vervolgstappen in de behandeling van deze jongeren met een hardnekkige OCS. Wij behandelden drie jongeren met een hardnekkige OCS met een achtdaagse intensieve, begeleide exposure en responspreventie (ERP) waarbij gezinsleden worden betrokken. Twee van de drie patiënten lieten een verbetering zien op OCS-klachten en van één van deze twee patiënten kwamen de klachten volledig in remissie. Deze uitkomsten zijn veelbelovend en deze gevalsbeschrijvingen tonen aan dat een kortdurende ERP-behandeling die intensiever van aard is en begeleide ERP omvat een mogelijke tweede stap in de behandeling kan zijn.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)12, 884-890

TREFWOORDEN CGT, intensieve behandeling, jongeren, obsessieve-compulsieve stoornis, OCS



Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) ontstaat gemiddeld op 19,5-jarige leeftijd en na het 30ste levensjaar zijn er weinig nieuwe gevallen (Ruscio e.a. 2010). De prevalentie van OCS bij kinderen en adolescenten is 1-3% (Zohar 1999; Canals e.a. 2012). Wanneer de stoornis onbehandeld blijft, kan deze een chronisch beloop hebben (Micali e.a. 2010; Van Oudheusden e.a. 2018) en de ontwikkeling van de jongere beïnvloeden. Jongeren met OCS hebben een lagere kwaliteit van leven en functioneren minder op diverse levensgebieden (Weidle e.a. 2014).

Behandeling

Volgens internationale richtlijnen (Geller e.a. 2012) is cognitieve gedragstherapie (CGT) de voorkeursbehandeling voor jongeren met een primaire diagnose OCS. De effectiviteit van CGT met exposure en responspreventie (ERP) is ruimschoots aangetoond (zie bijvoorbeeld McGuire e.a. 2015). Ook volgens de Nederlandse richtlijnen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) en kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie is CGT met één- tot tweewekelijkse ERP-sessies de eerstekeusbehandeling.

Ongeveer 40% van de jongeren profiteert echter onvoldoende van deze reguliere CGT en houdt ernstige klachten (De Haan e.a. 2007; Krebs & Heyman 2010). Het uitblijven van voldoende vooruitgang zou kunnen samenhangen met mogelijke comorbiditeit die een stagnerend effect heeft op de behandeling (Krebs & Heyman 2010). Ook is het denkbaar dat de OCS-klachten de eerste uitingsvorm zijn van een andere psychiatrische stoornis zoals een autismespectrumstoornis (ASS) (American Psychiatric Association 2013) die een andere behandeling vereist. Bij ernstige OCS of bij onvoldoende respons op de voorkeursbehandeling, kunnen aanvullende of vervolgstappen (zoals psychofarmaca of, bij complexe comorbiditeit, klinische behandeling) overwogen worden. Echter, alvorens behandelmethoden met veel meer implicaties (bijv. het onderbreken van de schoolgang door klinische behandeling) voor het leven van de jongeren te overwegen, dient

er aandacht te zijn voor de kwaliteit van de reeds ingezette CGT.

Het kan zijn dat de CGT niet optimaal is uitgevoerd. Dit kan diverse redenen hebben, bijvoorbeeld: 1. de intensiteit van de ERP is onvoldoende of de ERP wordt onvoldoende adequaat uitgevoerd waardoor exposure aan gevreesde situaties onvoldoende of met inzet van veiligheidsgedrag wordt uitgevoerd (Abramowitz 1996; Rosa-Alcázar e.a. 2008; Öst & Ollendick 2017); 2. gezinsleden worden onvoldoende betrokken bij de behandeling en houden onbedoeld en niet zichtbaar voor de behandelaar dwangklachten in stand door deze te faciliteren (Merlo e.a. 2009; Thompson-Hollands e.a. 2015).

Intensievere behandeling

Een methode om stagnatie in de behandeling bij jongeren met een primaire diagnose OCS te doorbreken kan zijn om intensieve en begeleide ERP in een vervolgstap aan te bieden waarbij ook familieleden worden betrokken. Zodoende is er meer begeleiding en controle bij de uitvoering van de behandeling en kan in korte tijd veel bereikt worden.

Uit onderzoek blijkt dat kortdurende intensieve, begeleide ERP bij jongeren, waarbij gezinsleden tevens uitleg krijgen hoe ERP zelfstandig uit te voeren, zeer goede resultaten heeft in het verminderen van OCS (Whiteside & Jacobsen 2010; Whiteside e.a. 2014; Riise e.a. 2016). Deze studies waren echter niet specifiek gericht op jongeren die onvoldoende hersteld zijn na een eerdere reguliere CGT.

In dit artikel beschrijven wij aan de hand van drie gevalbeschrijvingen een kortdurende, intensieve begeleide exposure en responspreventie (KI-ERP) die is ontwikkeld voor jongeren (15-17 jaar) met OCS die eerder onvoldoende hersteld waren na een reguliere CGT. Deze drie gevalbeschrijvingen betreffen de eerste drie patiënten die participeerden in een lopende studie.

Interventie

De interventie bestaat uit een intensieve ERP-fase waarbij er gedurende 8 dagen verspreid over 2 weken dagelijks 4 blokken van elk 90 minuten zijn (48 uur ERP in totaal). In het eerste blok worden motivatiestrategieën toegepast, behandeldoelen besproken en ERP-oefeningen voorbereid en geëvalueerd. De volgende blokken bestaan uit begeleide ERP binnen en buiten de behandelinstelling. Daarnaast hebben de ouders/verzorgers gedurende de ochtendblokken afzonderlijk van hun kind oudergesprekken waarin zij ondersteund worden in de omgang met en begeleiding van de klachten van hun kind. Gedurende de dagen waarop de patiënt niet naar de behandelinstelling komt, voert de patiënt thuis zelfstandig exposure-oefeningen uit.

AUTEURS

SUZAN EENINK, klinisch psycholoog, onderzoeker, Pro Persona Jeugd, Arnhem.

MIRJAM KAMPMAN, klinisch psycholoog, onderzoeker, Overwaal, Expertisecentrum voor angst-, dwangstoornissen en PTSS, Pro Persona, Nijmegen en Behavioural Science Institute, Radboud University, Nijmegen.

LOTTE HENDRIKS, GZ-psycholoog in opleiding tot specialist, onderzoeker, Overwaal, Expertisecentrum voor angst-, dwangstoornissen en PTSS, Pro Persona, Nijmegen, en Behavioural Science Institute, Radboud University, Nijmegen.

GERT-JAN HENDRIKS, psychiater, bijzonder hoogleraar Behandeling van angststoornissen en depressie bij ouderen, Overwaal, Expertisecentrum voor angst-, dwangstoornissen en PTSS, Pro Persona, Nijmegen, en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit en Radboudumc, afd. Psychiatrie, Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

S.M. Eenink, Pro Persona Jeugd, Wagnerlaan 2, 6815 AG Arnhem.

E-mail: s.eenink@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-8-2019.

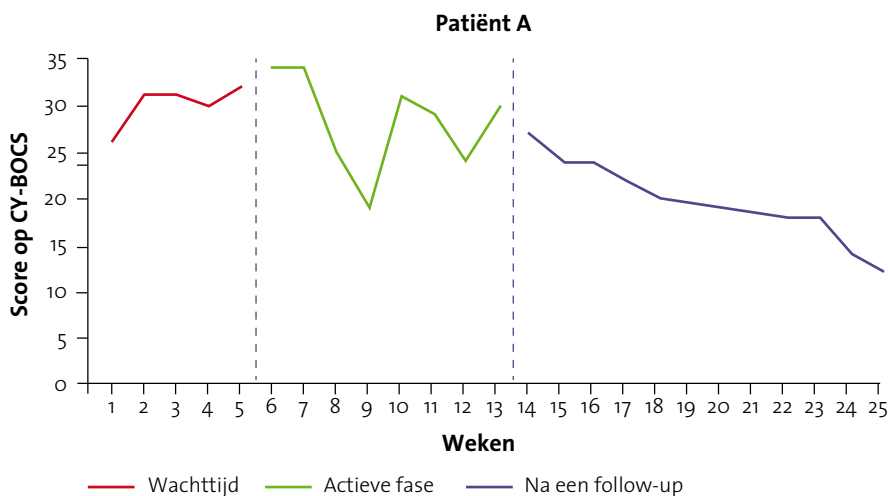
Na deze intensieve fase zijn er 4 wekelijkse boostersessies van 90 minuten, waarin ERP-oefeningen worden herhaald.

VASTSTELLEN VAN DE OCS-KLACHTEN

De drie beschreven patiënten participeerden in een lopend *time-series design*-pilotstudie waarbij de duur van de fase vóór behandeling werd gerandomiseerd. We beschrijven de eerste drie geïncludeerde deelnemers aan deze studie. De diagnose OCS werd vastgesteld met het *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and adolescents* (MINI KID; Sheehan e.a. 2010), een gestructureerd diagnostisch interview met goede psychometrische eigenschappen, ontwikkeld om op systematische wijze DSM-IV-diagnoses vast te stellen bij kinderen en adolescenten van 6 tot 17 jaar.

Vervolgens werd voorafgaand, tijdens en na de behandeling wekelijks de ernst van de OCS-klachten vastgesteld met de *Child Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS; Scahill e.a. 1997), een semigestructureerd klinisch interview met goede psychometrische eigenschappen (Storch

FIGUUR 1 Score van patiënt A op CY-BOCS voor, tijdens en na kortdurende, intensieve begeleide exposure en responspreventie (KI-ERP)*



e.a. 2004). Zowel de MINI KID als de CY-BOCS werd afgenomen door een onafhankelijke assessor.

Per patiënt waren er in totaal 23 wekelijkse meetmomenten gedurende de periodes voor (baselinefase), tijdens en na de behandeling en de follow-up. Het aantal metingen voor en na de behandeling varieerde per persoon, samenhangend met de baselinerandomisatie. Resultaten werden geïnterpreteerd in termen van respons (afname scores CY-BOCS $\geq 35\%$) en remissie (score CY-BOCS ≤ 12 ; Mataix-Cols e.a. 2016).

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënte A, een 16-jarig meisje met ernstige, chronische OCS, onderging eerder tweemaal CGT en ouders ontvingen ouderbegeleiding waarbij de behandelingen onvoldoende effect hadden. Tevens had patiënte eerder farmacotherapie (fluoxetine 20 mg 1 dd 1) gekregen. Deze had echter geen effect en werd daarom voor aanvang van KI-ERP afgebouwd. Patiënte had last van zich opdringende negatieve gedachten over anderen en haar dwanghandelingen bestonden uit dagelijkse activiteiten herhalen, controleren en sorry zeggen.

Tijdens het intensieve deel van de KI-ERP durfde patiënte de ERP-oefeningen niet uit te voeren. Tevens lukte het daarvoor de ouders in eerste instantie niet om hun rol in het onderhouden van de dwangrituelen (bijv. geruststelling geven) te verminderen. Toen ouders hier aan het begin van de boosterfase wel in slaagden, namen de intrusies bij patiënte fors toe en koos zij ervoor geen exposure-oefeningen meer te verrichten en zich op afronding van haar schooljaar te richten. Besloten werd om in de 2de helft van de boosterfase naast de KI-ERP farmacotherapie op te starten met een atypisch antipsychoticum (aripiprazol 1 mg 1 dd

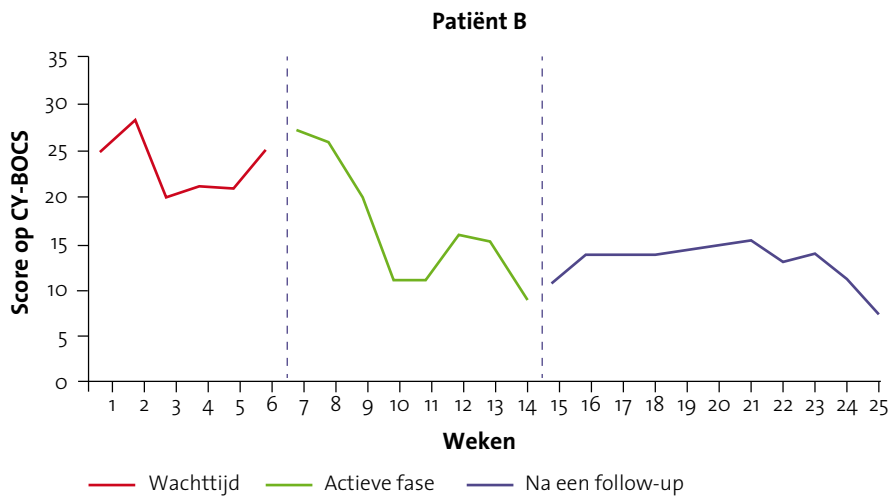
1, na 3 weken verhoogd naar 2,5 mg 1 dd 1) vanwege de toename van intrusies.

Nadat de intensieve fase en de boostersessies waren afgerond, besloot patiënte toch weer ERP toe te passen. Mogelijk ontstond hiervoor bij haar meer ruimte doordat ze haar schooljaar had behaald en nu vakantie had en zelf gaf ze aan tot het besef te zijn gekomen dat ze het zelf moest doen. Zij slaagde erin om alsnog exposureoefeningen uit te voeren en haar vermijding en controlegedrag te reduceren. Door intensief vast te houden aan ERP, in samenwerking met ouders en de behandelend psycholoog, trad er alsnog verandering op. Hoewel aripiprazol als monotherapie geen plaats heeft in de farmacotherapeutische behandeling van zowel jeugdigen als volwassenen met OCS en een dermate snelle respons binnen een paar weken onwaarschijnlijk is, konden we het effect van aripiprazol als verklaring niet uitsluiten.

Gedurende de baselinefase (5 metingen tijdens de wachperiode) was de score van patiënte op de CY-BOCS gemiddeld 30. Visuele inspectie van de scores (zie FIGUUR 1) liet zien dat de mate van de OCS-klachten vooral na de behandeling afnam. Er was een verbeteringspercentage van 48% tussen de gemiddelde scores in de baselinefase (30, SD: 2,1) versus de follow-upfase (15,5; SD: 2,6). Hiermee was er sprake van een behandelrespons, maar niet van remissie.

Patiënte B, een 16-jarig meisje met sinds 5 jaar aanwezige en toenemende OCS en volledig schoolverzuim, onderging eerder CGT waarbij het haar niet lukte zelfstandig de exposure uit te voeren. Er was tevens sprake van sociaal-emotionele problematiek en dyslexie. Patiënte had last van angstige gedachten over overgeven, flauwvallen, ziek of gek worden en haar dwanghandelingen bestonden onder

FIGUUR 2 Score van patiënt B op CY-BOCS voor, tijdens en na kortdurende, intensieve begeleide exposure en responspreventie (KI-ERP)*



andere uit deuren controleren, vaste patronen met aankleden en dingen tellen. Er was veel vermijdingsgedrag. Patiënte gebruikte geen medicatie.

De inzet tijdens de KI-ERP van zowel patiënte als ouders was groot. Met begeleide ERP-oefeningen met een intensief karakter bouwde patiënte haar ochtend- en avondrituelen af en doorbrak haar vermijdingsgedrag en ook haar ouders pasten ERP toe. De intrusieve gedachten namen af en paniekaanvallen waren in frequentie en intensiteit verminderd. Patiënte zei geen situaties meer uit de weg te gaan. Haar belangrijkste leerervaring was dat zij haar angsten kon verdragen.

Gedurende de baselijnfase (6 metingen tijdens de wachtperiode) was de score van patiënte op de CY-BOCS gemiddeld 23,3. Visuele inspectie van de scores (zie FIGUUR 2) liet zien dat de mate van de OCS-klachten tijdens en na de behandeling afnam. Er was een verbetering van 48% tussen de gemiddelde scores in de baselijnfase (23,3; SD: 2,9) en de follow-upfase (12; SD: 2,8). Er was sprake van behandelrespons en remissie.

Patiënte C, een 16-jarig meisje met jarenlange hardnekkige OCS, bij wie in een driejarig hulpverleningstraject met onder andere CGT en systeemtherapie, variërend in intensiteit van ambulante tot klinische in een gespecialiseerde setting, onvoldoende klachtenverbetering bereikt was. Naast OCS was er bij patiënte sprake van een ASS en een kwetsbaar zelfbeeld. Patiënte had intrusieve gedachten over ziekte, vies zijn en negatieve beoordeling door anderen. De dwanghandelingen waren gericht op toiletbezoek en inpakken van de schooltas. Patiënte gebruikte fluoxetine 20 mg 1 dd 1. Dit bleef tijdens de behandeling ongewijzigd.

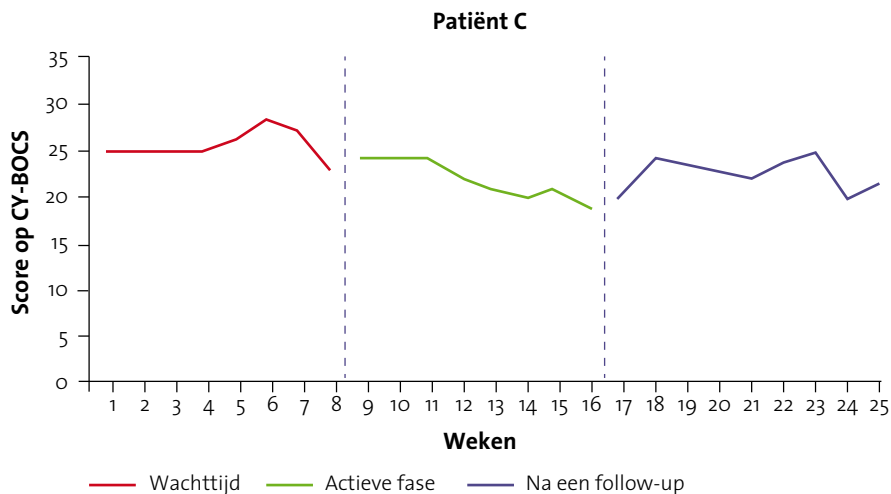
In het begin van de KI-ERP was patiënte te angstig voor controleverlies om exposure te doen. Het zou kunnen dat moeite met het loslaten van de vaste structuur en dingen anders doen door comorbide ASS hierin een rol speelde. Patiënte werd in de uitvoering van de oefeningen tevens belemmerd door haar perfectionisme en had de neiging de nadruk te leggen op dingen die niet goed gingen. Ze bleef een beroep doen op haar ouders die door de begeleide ERP-oefeningen leerden om minder in de vermijding van patiënte mee te gaan. Patiënte leerde uiteindelijk dat ze meer angst kon verdragen dan ze dacht.

Gedurende de baselijnfase (8 metingen tijdens de wachtperiode) was de score van patiënte op de CY-BOCS gemiddeld 25,5. Visuele inspectie van de scores (zie FIGUUR 3) liet zien dat de mate van de klachten tijdens en na de behandeling een wisselend verloop had. Er was een verbetering van 11% tussen de gemiddelde scores in de baselijnfase (25,5; SD: 1,4) en de follow-upfase (22,6; SD: 1,7). Er was geen duidelijke behandelrespons.

BESPREKING

Twee van de drie patiënten lieten een verbetering zien op OCS-klachten en bij één van deze twee patiënten kwamen de klachten zelfs volledig in remissie (Mataix-Cols e.a. 2016). In lijn met eerdere onderzoeken naar intensieve ERP-behandelprogramma's (Whiteside & Jacobsen 2010; Whiteside e.a. 2014; Riise e.a. 2016) lijkt het aanbieden van begeleide en intensieve ERP waarbij gezinsleden worden betrokken een effectieve behandeling voor twee van de drie patiënten met langer durende OCS en onvoldoende respons op eerdere CGT.

FIGUUR 3 Score van patiënt C op CY-BOCS voor, tijdens en na kortdurende, intensieve begeleide exposure en responspreventie (KI-ERP)*



We moeten opmerken dat bij patiënte A het effect niet alleen toe te schrijven valt aan de ERP. Het is mogelijk dat er sprake is van een effect van de medicatie en zij nu juist de stappen durfde te zetten vanwege deze ingezette farmacotherapie gericht op de toegenomen intrusies. Op basis van resultaten uit onderzoek wordt CGT met ERP nog altijd gezien als effectiefst en zijn er aanwijzingen dat selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) een (bescheiden) effect kunnen hebben (Skapinakis e.a. 2016; Locher e.a. 2017). Er bestaat geen informatie over de effectiviteit van behandeling met atypische antipsychotica voor OCS.

Hiermee geven deze gevalsbeschrijvingen voorlopige aanwijzingen dat kortdurende intensieve behandeling met begeleide ERP een tweede stap in de behandeling kan zijn. Mogelijk zou hiermee een chronisch beloop van de stoornis voorkomen kunnen worden en een dreigende ontwikkelingsstagnatie afgewend. De jongere loopt dan minder risico op afname van levenskwaliteit en een verminderd functioneren thuis, op school en in de sociale omgeving (Weidle e.a. 2014). Hiermee kunnen meer ingrijpende behandelingen (zoals een klinische behandeling) voorkomen worden.

Bij patiënte C was de daling in klachten te gering om van een duidelijk behandelingseffect te spreken. Eén mogelijke verklaring voor het uitblijven van een grotere respons op de KI-ERP is de comorbiditeit van ASS bij deze patiënte. Onderzoek toont aan dat jongeren met zowel OCS als ASS significant minder goed op CGT met ERP reageren, in vergelijking met jongeren met enkel OCS (Murray e.a. 2015). Gesuggereerd wordt dat een aanpassing nodig is in het standaardprotocol om de uitkomsten voor jongeren met comorbide ASS te optimaliseren.

Beperkingen

Deze serie van drie gevalsbeschrijvingen heeft een aantal beperkingen. Op de eerste plaats natuurlijk het kleine aantal deelnemers ($n = 3$). Hierdoor kan er enkel iets gezegd worden over de effecten van de KI-ERP voor de specifieke deelnemers en kunnen er geen algemene, generaliseerbare uitspraken worden gedaan over de effecten voor alle jongeren met hardnekkige OCS.

Een tweede beperking is dat er geen controle- of placebo-behandeling is aangeboden, waardoor het niet met zekerheid te zeggen is dat de gevonden effecten toe te schrijven zijn aan de KI-ERP. Echter, de patiënten zijn wel gerandomiseerd over de wachttijd en tijdens deze wachttijd was er geen verandering in klachtniveau. Dit maakt het aannemelijker dat de gevonden effecten in deze gevalsbeschrijvingen toe te schrijven zijn aan de KI-ERP.

Een derde beperking is dat het medicatiegebruik voor één patiënt niet stabiel was gedurende de KI-ERP, wat betekent dat er niet met zekerheid geconcludeerd kan worden dat de geobserveerde vooruitgang alleen aan KI-ERP toe te schrijven is.

Er zijn ook enkele relatief sterke punten te benoemen. Zo is er sprake van randomisatie over de wachttijd (waarmee de patiënt zijn eigen controleconditie vormt) en is er een grote hoeveelheid meetpunten.

Verdere overwegingen

Op basis van deze serie van drie gevalsbeschrijvingen kan alleen iets gezegd worden over het verloop van de mate van OCS-klachten bij de drie patiënten. De resultaten geven een bescheiden aanwijzing voor het onderzoeken van de effecten van deze behandeling in een grotere groep patiën-

ten. De verwachting is dat de behandeling tevens effect kan hebben op de mate van depressieve symptomen, de kwaliteit van leven en de mate waarin gezinsleden de ocs in stand kunnen houden. Deze gevalsbeschrijvingen maken deel uit van een lopende time-series design-pilotstudie naar de KI-ERP waarin deze aspecten ook in kaart worden gebracht. Toekomstige resultaten zullen moeten uitwijzen of de KI-ERP bij een grotere groep jongeren met een hardnekkige ocs kan leiden tot vermindering van de klachten en tevens tot een afname van secundaire problemen en een toename van ervaren levenskwaliteit. Deze uitkomsten zijn, ondanks de genoemde beperkingen, klinisch relevant en vormen een eerste stap in het ontwikkelen van een alternatieve behandeling bij terugval of non-respons. Er bestaan nauwelijks studies naar vervolgbehandeling na eerdere, niet succesvolle evidence-based

behandeling. Partiële respons en non-respons bij de behandeling van ocs komen regelmatig voor (Van Oudheusden e.a. 2018) en werken daarmee terugval en chroniciteit in de hand.

CONCLUSIE

Deze studie laat aanwijzingen zien dat intensieve, begeleidde ERP waarbij ook gezinsleden betrokken worden, voor jongeren met een hardnekkige ocs kan bijdragen aan een verbetering in functioneren zonder dat invasieve vervolgstappen als een klinische opname of langdurige farmacotherapie worden ingezet. Ook draagt het inzetten van familieleden mogelijk bij aan terugvalpreventie. Een grotere steekproef met een controlegroep is noodzakelijk om de effectiviteit van de KI-ERP bij deze doelgroep te onderzoeken.

LITERATUUR

- Abramowitz JS. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behav Ther* 1996; 27: 583-600.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Association; 2013.
- Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Voltas N. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord* 2012; 26: 746-52.
- Haan E de, Krol Y, Wolters L. Behandeling van de dwangstoornis: na het protocol. *Kind & Adolescent Praktijk* 2007; 6: 44-50.
- Geller DA, March J, AACAP Committee on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 98-113.
- Krebs G, Heyman I. Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in young people: assessment and treatment strategies. *Child Adolesc Ment Health* 2010; 15: 2-11.
- Locher C, Koechlin H, Zion SR, Werner C, Pine SP, Kirsch I, e.a. Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo for common psychiatric disorders among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 1011-20.
- Mataix-Cols D, Cruz LF de la, Nordsletten AE, Lenhard F, Isomura K, Simpson HB. Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry* 2016; 15: 80-1.
- McGuire JF, Piacentini J, Lewin AB, Brennan EA, Murphy TK, Storch EA. A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depress Anxiety* 2015; 32: 580-93.
- Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 355-60.
- Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, e.a. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 128-34.
- Murray K, Jassi A, Mataix-Cols D, Barrow F, Krebs G. Outcomes of cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder in young people with and without autism spectrum disorders: A case controlled study. *Psychiatry Res* 2015; 228: 8-13.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaarden: Angstklachten en angststoornissen. 2017. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen>
- Öst LG, Ollendick TH. Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2017; 97: 134-45.
- Oudheusden L van, Eikelenboom M, van Megen H, Visser H, Schruers K, Hendriks GJ, e.a. Chronic obsessive-compulsive disorder: prognostic factors. *Psychol Med* 2018; 1-10.
- Riise EN, Kvale G, Öst LG, Skjold SH, Hansen H, Hansen B. Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: An effectiveness study. *J Obsessive Compuls Relat Disor* 2016; 11: 13-21.

- Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1310-25.
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 53-63.
- Scahill L, Riddle MA, McSwiggan-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 844-52.
- Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE, et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 313-26.
- Skapinakis P, Caldwell D, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg N, Salkovskis P, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technol Assess* 2016; 20: 1-392.
- Storch EA, Murphy TK, Geffken GR, Soto O, Sajid M, Allen P, et al. Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Res* 2004; 129: 91-8.
- Thompson-Hollands J, Abramovitch A, Tompson MC, Barlow DH. A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Behav Ther* 2015; 46: 218-29.
- Weidle B, Jozefiak T, Ivarsson T, Thomsen PH. Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12: 1-12.
- Whiteside SP, McKay D, Nadai AS de, Tiede MS, Ale CM, Storch EA. A baseline controlled examination of a 5-day intensive treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2014; 220: 441-6.
- Whiteside SP, Jacobsen AB. An uncontrolled examination of a 5-day intensive treatment for pediatric OCD. *Behav Ther* 2010; 41: 414-22.
- Zohar AH. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1999; 8: 445-60.

SUMMARY

Intensive, short-term treatment for adolescents with persevering obsessive-compulsive disorder: three case-reports

S.M. EENINK, M. KAMPMAN, L. HENDRIKS, G.J. HENDRIKS

Approximately 40% of adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD) do not improve sufficiently from standard cognitive behavioral therapy, and are at risk for a chronic course of the symptomatology as well as stagnation in their development. There has hardly been any research into next step evidence-based treatments for adolescents with persevering OCD. We treated three adolescents with persevering OCD with an eight-day intensive, therapist-assisted exposure and response prevention (ERP) in which family members were involved. Two out of the three patients showed an improvement in OCD-symptoms and for one of these two patients the symptoms went in full remission. These outcomes are promising, and these case studies prove that short ERP therapy, which is more intensive and provides assisted ERP, can be a possible second step in the treatment.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)12, 884-890

KEY WORDS adolescents, CBT, intensive treatment, obsessive-compulsive disorder, OCD