



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Storende preoccupaties bij kinderen: een dwangstoornis of een tic?

Else de Haan*

Samenvatting

Niet alle kinderen met een dwangstoornis rapporteren dwanggedachten, zoals gangbare theorieën willen. Het lijkt erop dat de disfunctionele cognities die leiden tot interpretatiefouten van algemeen voorkomende intrusies, ontbreken bij kinderen. Je kunt ook zeggen dat niet altijd sprake is van een dwangstoornis, maar van een ticstoornis. Een gevalbeschrijving illustreert dit. Met alternatieve verklaringen, zoals het model waarin de dwangstoornis wordt opgevat als een inhibitiestoornis, staat de weg weer open voor de veronderstelling dat dwang en tics in feite tot dezelfde stoornis behoren.

Inleiding

Wie regelmatig patiënten met een dwangstoornis behandelt, weet dat deze zeer verschillend kunnen zijn. Zo verschillend, dat soms getwijfeld moet worden aan de juistheid van de diagnose. Dit geldt misschien wel in het bijzonder voor kinderen. Een van de meest intrigerende verschillen ligt in het al dan niet aanwezig zijn van dwanggedachten. Volgens de officiële definitie van de dwangstoornis zijn de dwanggedachten of obsessies een essentieel onderdeel van de stoornis. Zonder dwanggedachten geen dwangstoornis zou je bijna zeggen. Ook de meest invloedrijke theorie over het ontstaan en voortbestaan van de dwangstoornis, de cognitieve theorie van Salkovskis (1985), veronderstelt dwanggedachten. Volgens Salkovskis is het de interpretatie van bij bijna iedereen voorkomende intrusies, die uitmaakt of iemand een dwangstoornis ontwikkelt of niet. Deze interpretatie wordt gestuurd door cognities of cognitieve schema's. Wie kinderen behandelt weet dat deze cognities echter niet altijd voorhanden zijn. Sommige kinderen kunnen niet veel meer over de redenen van hun dwanghandelingen zeggen dan dat het moet, of dat ze zich anders niet prettig voelen. Nu hoeft dit nog niets te zeggen over het al dan niet aanwezig zijn van cognities. Het niet rapporteren erover kan te maken hebben met het ontwikkelingsniveau. Het kan echter ook betekenen dat we hier te maken hebben met een specifiek soort dwangstoornis, waarbij cognities geen of niet zo'n grote rol spelen. Het kan ook zijn dat hier helemaal geen dwangstoornis speelt, maar een ticstoornis.

Dat brengt ons op een ingewikkeld terrein: het schemergebied tussen de ticstoornis en de dwangstoornis. Sommigen veronderstellen naast de dwangstoornis en de ticstoornis een zogenaamde ticgerelateerde dwangstoornis (Cath et al., 2001; Leckman et al., 1995). Anderen veronderstellen dat de ticstoornis en de dwangstoornis in essentie hetzelfde zijn (Rapoport, 1989). Het onderzoek naar en de theorieën over deze kwestie zijn ingewikkeld. De klinische praktijk is fascinerend. Het betekent dat er patiënten

* DR. E. DE HAAN is psycholoog, psychotherapeut en universitair hoofddocent bij het Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie de Bascule en het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. Correspondentie: E-mail: e.dehaan@amc.uva.nl.

zijn die de wonderlijkste handelingen uitvoeren, zonder dat duidelijk is waarom ze dat doen. Bij de 'gewone' dwangstoornis voorzien de dwanggedachten nog in enige verklaring voor het vreemde gedrag, hoewel de logica zoals bekend vaak ver te zoeken is. Bij de dwangstoornis zonder cognities is zelfs die verklaring verdwenen.

Desondanks hoeft een behandeling niet zoveel problemen op te leveren. Voor exposure en responspreventie, een van de gebruikelijke vormen van behandeling, zijn geen cognities nodig. De patiënt dient slechts de dwanghandelingen geleidelijk te staken. Ook wanneer we de handelingen opvatten als tics, kan de gebruikelijke behandeling, het vervangen van de handeling door één die er strijdig mee is (vergelijk Verdellen & Kriens, 2001), vrij goed worden toegepast. Het wordt ingewikkelder als de dwanghandeling of tic in het hoofd plaatsvindt. Stoppen met handen wassen is nu eenmaal makkelijker dan stoppen met denken.

In het vervolg van dit artikel wordt een behandeling beschreven van een meisje dat zo'n probleem in haar hoofd had: Zij was de hele dag bezig met het in haar hoofd opschrijven van teksten die ze las, op de maat van een liedje. Zij wilde hier graag mee ophouden, maar kon het niet. Zij was hiervoor eerder behandeld, maar dat had niet geholpen. De vraag over de relatie tussen de ticstoornis en de dwangstoornis, wordt in de discussie verder besproken.

Het meisje met een liedje in haar hoofd

De 16-jarige Anouk wordt verwezen, omdat ze een dwangstoornis zou hebben. Wat is haar probleem? Anouk is de hele dag in haar hoofd bezig met het op de maat en wijs van een liedje schrijven van zinnestjes of woorden. Dit schrijven doet zij in haar hoofd met haar vinger. Zij voelt aan de vinger waarmee zij schrijft, een lichte tinteling. De vinger zelf beweegt echter niet. Anouk gebruikt niet steeds hetzelfde liedje. Soms hoort ze iets op de radio, dan zit dat in haar hoofd, tot ze weer iets anders hoort. Ook hetgeen ze schrijft is afhankelijk van wat ze tegenkomt. Zo had ze bij een van de bezoeken aan de polikliniek de aanduiding van de afdeling gezien: A3-365. Dit paste perfect in de maat van het liedje dat ze in haar hoofd had. Daarom was dit nu de nieuwe combinatie geworden.

Het zinnestjes schrijven gebeurt om geen enkele reden. Er is geen opluchting als de zin is geschreven. Anouk begint gewoon weer opnieuw. Er is ook geen angst als ze even niet schrijft. Ze kan het schrijven onderdrukken, maar niet voor lange tijd. Vaak lijkt het daarna weer heviger terug te komen. In periodes met veel afleiding, zoals praten met andere mensen, uitgaan, naar een film kijken of zelfs hard studeren voor school, verdwijnt het schrijven even naar de achtergrond, hoewel het nooit echt helemaal weg is. Het schrijven en zingen is het ergst als Anouk alleen is en bijvoorbeeld in bed ligt. Ze zou dan graag nog een beetje over de dag nadenken, maar dit lukt vrijwel nooit, omdat haar hoofd dan onmiddellijk gevuld wordt met schrijven en wijsjes. Dit gebeurt ook overdag op school, op de fiets naar huis, thuis als het daar rustig is, tijdens huishoudelijke werkjes, als Anouk in de tuin zit enzovoort. Ze heeft regelmatig het gevoel dat ze gek wordt van die voortdurende, ongewilde activiteit in haar hoofd. De klachten zijn ongeveer twee jaar geleden ontstaan, zonder duidelijke aanleiding. Anouk woont met haar ouders en twee oudere broers. Zij zit in de derde klas van het VWO. Behalve haar vreemde schrijfprobleem heeft zij geen andere problemen. Ze heeft vriendinnen en is tevreden met haar leven. In het verleden heeft Anouk dwangproblemen gehad: langdurige controlerituelen voor het naar bed gaan. Dit heeft ze met hulp van haar ouders zelf opgelost, door de controles stap voor stap af te schaffen. Die dwangproblemen zijn er nu niet meer.

Vorige behandeling

Een jaar geleden werd besloten hulp te zoeken voor het schrijfprobleem. Anouk kwam in behandeling bij een gedragstherapeut. Deze deed ontspanningsoefeningen met haar en gaf haar een bandje met de oefeningen mee naar huis om daar te oefenen. Dit laatste heeft Anouk vrijwel nooit gedaan. Ze vond de stem op het bandje (niet die van de therapeut) vervelend en voelde zich belachelijk bij het doen van de oefeningen. Toen al haar mogelijkheden uitgeput waren, bood de therapeut aan Anouk te helpen te leren leven met haar klacht. Omdat zij dit geen optie vond, brak Anouk de behandeling af.

Analyse van het probleem

Als Anouks probleem wordt opgevat als een ongewenste cognitieve activiteit, eerder een drang dan een dwang, omdat de handeling op zich niet onaangenaam is en geen angst neutraliseert, zouden we het kunnen behandelen met het beroemde paradigma van Azrin, de methode van de onverenigbare respons (vergelijk Verdellen & Kriens, 2001). De enige onverenigbare respons die Anouk zelf kent, is concentratie of afleiding. Als ze geconcentreerd haar huiswerk maakt of wanneer ze met vrienden lacht en praat, verdwijnt het geschrijf naar de achtergrond. Maar afleiding en concentratie zijn niet steeds op te brengen (afgezien van het feit dat het geschrijf op de achtergrond nog steeds aanwezig is). Bovendien vraagt Anouk juist hulp voor die momenten waarin ze niet afgeleid of geconcentreerd is. Van deze natuurlijk aanwezige, onverenigbare responsen kunnen we dus geen gebruik maken.

Behandeling

De eerder niet succesvolle behandeling brengt uitkomst. Gevraagd naar wat de eerdere behandeling inhield, vertelt Anouk met afkeer over de ontspanningsoefeningen. Met grote weerzin draaide ze 's avonds het meegekregen bandje af. Ze werd er niet ontspannen van, integendeel: ze voelde zich steeds opgelaten. Bijna achteloos vertelt ze daarna dat het ontspannen bij de therapeut tijdens de sessie wel goed ging en dat het geschrijf tijdens de ontspanningsoefeningen verdween.

We besluiten van dit gegeven gebruik te maken. Als Anouk tijdens ontspanning geen last van het geschrijf heeft, kan ze misschien ook leren die toestand van ontspanning te gebruiken tijdens het gewone leven, waardoor het geschrijf niet meer hoeft op te treden. Dit zal gefaseerd moeten gebeuren. We beginnen met ontspanningsoefeningen tijdens de zitting. Vanwege de eerdere slechte ervaringen wordt de oefening niet op een band opgenomen. We maken gebruik van een hypnoseachtige techniek, waarbij suggestie een belangrijke rol speelt. Anouk raakt in diepe ontspanning. Het geschrijf treedt niet op tijdens de ontspanningsoefening. Achteraf vertelt ze dat ze nog wel de neiging had te gaan schrijven, maar dat ze dit gemakkelijk opzij kon schuiven.

Omdat alleen ontspanning saai is en daarom misschien niet genoeg is als onverenigbare respons, besluiten we ook een zogenaamd 'mentaal breiwerkje' in te lassen. Een mentaal breiwerkje is een bezigheid in iemands hoofd om een saai periode door te komen, zoals vroeger, vóór de komst van de televisie, een echt breiwerkje werd gebruikt voor saai avonden. Voor dit mentale breiwerkje willen we gebruikmaken van het herbelev

van een prettige ervaring. Gevraagd naar een prettige herinnering noemt Anouk een avond in het café met vrienden. We gebruiken dit bij de eerste ontspanningssessies. Het is echter geen gelukkige keuze. De situatie is statisch, er zit geen duidelijk begin en eind aan. Anouk weet niet goed wat ze in dat café moet doen tijdens de oefening. Daarom besluiten we bij de volgende sessie een wandeling die ze maakte tijdens een vakantie in Zweden, opnieuw te lopen tijdens de ontspanning. Dit gaat beter. Anouk ziet het pad duidelijk voor zich en beleeft een stukje van de wandeling opnieuw.

Ze heeft nu enige controle over het geschrijf, maar veel heeft ze er nog niet aan. Ze kan moeilijk de hele dag in ontspannen toestand de Zweedse wandeling maken. Dit betekent dat deze toestand van ontspanning waarin niet geschreven wordt, voor haar een nieuwe 'state of mind' moet gaan worden. Met andere woorden: Anouk moet leren om de dagelijkse dingen te doen, terwijl ze zich voelt zoals tijdens de oefening. De eerste stap daartoe is om de ontspanningsprocedure te verkorten. Anouk leert een cue-ontspanning: ze concentreert zich op het ontspannen van haar hand en op haar ademhaling, waarmee ze vrij snel diep ontspannen raakt. Ze hoeft nu niet meer al haar ledematen na te gaan, zoals in de oorspronkelijke ontspanningsoefening gebeurde. Ze is nu binnen een paar tellen diep ontspannen. De volgende stap is het ontspannen zonder de ogen te sluiten. We noemen dit de actieve ontspanning. Anouk kan hierbij nog steeds de wandeling in Zweden maken, maar ze kan ook gewoon rondkijken. Ze oefent dit om te beginnen met de therapeut, die eerst van haar afgewend zit te lezen en later zwijsend tegenover haar zit. Dan doet ze dezelfde oefening met ook haar moeder in de kamer. In eerste instantie praten haar moeder en de therapeut zachtjes, terwijl Anouk afgewend de actieve ontspanningsoefening doet. Daarna zit ze bij hen aan tafel en praten ze over een ook voor Anouk interessant onderwerp. Intussen moet Anouk steeds proberen om dezelfde ontspannen toestand te handhaven en moet ze zich als dat niet lukt, weer even afwenden of zelfs even haar ogen dichtdoen. Ditzelfde oefent ze nu ook thuis. Eerst weer tijdens tv-kijken, dan aan tafel zonder aan het gesprek deel te nemen.

De oefeningen duren nooit langer dan vijf à tien minuten. Maar in die tijd lukt het Anouk steeds om niet te schrijven. Onze volgende opdracht is de situaties moeilijker te maken en de tijd langer. We beginnen met het eerste: Anouk houdt nu niet alleen haar ogen open, maar praat ook tijdens de oefening. We starten met onbelangrijk gepraat over het weer en over dingen die uit het raam kijkend te zien zijn. Dan wordt ook haar moeder hier weer bij betrokken: een onbelangrijk gesprek tijdens de therapiesessie, gevolgd door korte (onbelangrijke) gesprekjes thuis, eerst alleen met haar ouders, later aan tafel met de hele familie. Anouk kan vrij gemakkelijk de toestand van ontspanning langer later duren.

Er zijn echter nog veel situaties waarin ze die ontspanning niet voor elkaar krijgt, en waarin ze dus nog schrijft. Dit speelt vooral 's avonds in bed, op school en op de fiets, maar ook thuis als er visite is. We maken een lange lijst van alle mogelijke situaties op school (lesuren, leraren, tijdens proefwerken), op de fiets (alleen of samen fietsen, op de weg die Anouk aflegt: op sommige stukken van de route zijn naambordjes of reclameborden die altijd al opriepen tot liedjes in haar hoofd en schrijven) en de aard van de visite thuis. Deze lijst werken we in een paar weken tijd door. Anouk heeft gezien dat ze controle kan krijgen over het geschrijf, ook in moeilijker situaties. Dit maakt het oefenen gemakkelijker. Zij beleeft dit nu als een noodzakelijke stap die naar de oplossing zal leiden, in plaats van een wanhopige poging die wel weer op niets zal

uitlopen. Ten slotte kan Anouk in alle omstandigheden haar ontspannen toestand, waarin ze niet schrijft, handhaven. Soms voelt ze dat het geschrijf en het liedje weer terugkomen, maar ze kan dit dan vrij snel onderdrukken door zich te concentreren op ontspanning.

Na acht maanden en vijftien zittingen wordt de behandeling afgesloten. Bij follow-up na zes maanden gaat het nog steeds goed met Anouk.

Discussie

Anouks probleem, het schrijven op de maat van een liedje, was een storende preoccupatie, een ongewenste cognitieve bezigheid. Exposure en vooral responspreventie is in zo'n geval de behandeling van keus, of we deze ongewenste cognitieve bezigheid nu opvatten als een tic of als een dwanghandeling (daarover later meer). Toch werd hier ook al snel duidelijk hoe armoedig dat begrip eigenlijk is: het geeft ons te weinig handvatten voor het therapieplan. Responspreventie in Anouks geval zou het niet meer schrijven zijn. En dat was nu juist wat ze niet zomaar kon. De methode van de onverenigbare respons van Azrin hielp ons verder op weg, maar niet genoeg. De al voorkomende onverenigbare responsen (geconcentreerd aan iets anders denken) hielpen niet voldoende. Bovendien is het niet prettig om voortdurend geconcentreerd aan iets te moeten denken. De ontdekking van de diepe ontspanning als onverenigbare respons gebeurde bij toeval. Maar kennelijk was het paradigma van responspreventie en de onverenigbare respons nodig om van dit toeval gebruik te kunnen maken. In hoeverre de aandachtsmanipulatie met behulp van de wandeltocht in Zweden van belang is geweest, is niet duidelijk. Wel belangrijk was dat de ontspannen toestand stapje voor stapje tot Anouks gewone leefpatroon werd gemaakt.

Moeten we Anouks ongewenste cognitieve bezigheid nu omschrijven als een dwanghandeling of als een tic? Als we het geschrijf in haar hoofd opvatten als een dwanghandeling, is het probleem dat met deze dwanghandeling niets wordt geneutraliseerd. Anouk voelt geen opluchting na het schrijven. Ze heeft ook geen gedachten of angsten die haar aanzetten tot schrijven. Dat zou ons bij de tics brengen. Cath et al. (1992) beschrijven patiënten met een ticstoornis die spelletjes in hun hoofd spelen (mental play):

'Herhaalde schijnbaar zinloze gedachten of beelden, meestal niet onprettige van aard, en bedoeld als tijdverdrijf. Het betreft visuele, auditieve, woord- en getalsspelletjes.'

Al eerder werd in dit tijdschrift een man beschreven die alles telde wat hij zag: de hoeken van een schrift, de stoelen rond een tafel, de elektriciteitspalen vanuit de trein. Dit tellen diende geen enkel doel, maar werd beleefd als een vrij zinloos spelletje, dat hij niet kon laten (De Haan, 1988). Cath et al. (1992) stellen voor deze fenomenen cognitieve tics te noemen. Afgaand op deze definitie had Anouk een cognitieve tic. De behandeling die werd toegepast correspondeert daar ook mee, hoewel dit natuurlijk geen argument kan zijn voor de juistheid van de diagnose.

Toch is het verhaal hiermee niet af. Dit heeft te maken met het al eerder genoemde gegeven dat kinderen met een dwangstoornis vaker geen cognities hebben. Betekent dit dat deze kinderen in feite geen dwangstoornis hebben en moeten hun rituelen worden gediagnosticeerd als complexe tics, behorend bij een ticstoornis? Of moeten we gaan twijfelen aan de theorie die cognities of het interpreteren van cognities als het centrale probleem van een dwangstoornis ziet? Er zijn een paar argumenten voor die twijfel. Ten eerste is er een behandelargument: Als cognities of interpretaties de essentie vormen van de dwangstoornis, zou een behandeling die zich daarop richt, de meest effectieve moeten zijn. Maar is dat zo? Er zijn bij volwassenen therapie-effectonderzoeken gedaan, waarbij cognitieve therapie vergeleken werd met exposure en responspreventie. In geen van die onderzoeken werd een duidelijk verschil in effectiviteit gevonden (McLean et al., 2001; Van Oppen et al., 1995). Cognitieve therapie bleek niet effectiever dan exposure en responspreventie. Ook bleek er geen belangrijk verschil in verandering van cognities bij beide therapiecondities. Ook in de exposurecondities traden veranderingen op in cognities, hoewel die veranderingen in beide condities nooit erg groot waren (Bouvard, 2002; Emmelkamp, Van Oppen, & Van Balkom, 2002).

Op grond van het onderzoek naar therapie-effecten kunnen we dus niet concluderen dat de rechtstreekse beïnvloeding van cognities meer effect heeft, althans niet op de manier waarop het tot nu toe is gedaan. Maar ook het onderzoek dat gebruikelijk wordt genoemd als bewijs voor de cognitieve theorie is niet overtuigend. Dit onderzoek is namelijk vrijwel geheel gebaseerd op vragenlijsten die cognities meten (zie voor een overzicht Frost & Steketee, 2002). Hierbij is het gevaar van inhoudscontaminatie groot: hoe weten we dat met de vragenlijsten de onderliggende cognities of cognitieve schema's zijn gemeten en niet opnieuw de dwangsymptomatologie? Dat weten we niet.

Als we de theorie dat cognities een essentieel onderdeel zijn van de dwangstoornis verlaten, dan staat meteen het mooie onderscheid tussen tics en dwanghandelingen op losse schroeven. Anouks probleem zou in dat geval ook opgevat kunnen worden als een dwangstoornis en de behandeling als een speciale vorm van exposure en responspreventie. In plaats van cognities of angsten zou in haar geval een nauwelijks omschreven drang de motor van de dwanghandelingen zijn. Een vergelijkbaar mechanisme is eerder beschreven als 'not just right experience', een gevoel dat iets niet helemaal goed is, als aanleiding voor dwanghandelingen (Coles, Frost, Heimberg, & Rheume, 2003). In die opvatting zouden cognities wel eens een niet noodzakelijkerwijs optredend gevolg van dwanghandelingen kunnen zijn. Met alternatieve verklaringsmodellen, zoals het model waarin de dwangstoornis wordt opgevat als een inhibitiestoornis, staat de weg weer open voor de veronderstelling dat dwang en tics in feite tot dezelfde stoornis behoren. Maar of dat zo is?

Abstract

Not all children with obsessive compulsive disorder (OCD) report obsessions. Apparently, the dysfunctional cognitions that are responsible for interpretation biases of common intrusions seem to be lacking in children. One could also speculate that what appears to be an OCD is in fact a tic disorder. This is illustrated with a case history. Alternative

explanations, such as the model which views OCD as an inhibition disorder, pave the way for the theory that compulsions and tics belong to the same disorder.

Referenties

- Bouvard, M. (2002). Cognitive effects of cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. In: R.O. Frost, & G. Steketee. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. New York: Pergamon.
- Cath, D.C., Hoogduin, C.A.L., Wetering, B.J.M. van de, Woerkom, T.C.A.M. van, Roos, R.A.C., & Rooijmans, H.G.M. (1992). Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. An analysis of associated phenomena. In: T.N. Chase, A.J. Friedhoff, D.J. Cohen (eds.), *Advances in Neurology*, 58, 33-41. New York: Raven Press.
- Cath, D.C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., Landman, A.D., Woerkom, T.C.A.M. van, Wetering, B.J.M. van de, Roos, R.A.C., Rooijmans, H.G.M. (2001). Repetitive behaviours in Tourette's syndrome and OCD with and without tics: what are the differences? *Psychiatry Research*, 101, 171-185.
- Coles, M.E., Frost, R.O., Heimberg, R. G., & Rheume, J. (2003). 'Not just right experiences': perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Emmelkamp, P.M.G., Oppen, P. van, Balkom, A.J.L.M. van (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. In: R.O. Frost, & G. Steketee. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. New York: Pergamon.
- Frost, R.O., & Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. New York: Pergamon.
- Haan, E. de (1988). De man die telt, een diagnostisch probleem. *Directieve Therapie*, 2, 127-135.
- Leckman, J.F., Grice, D.E., Barr, L.C., Vries, A.L.C. de, Martin, C., Cohen, D.J., McDougle, C.J., Goodman, W.K., & Rasmussen, S.A. (1995). Tic-related versus non tic-related obsessive compulsive disorder. *Anxiety*, 1, 208-215.
- McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S. Sochting, I., Koch, W.J., & Paterson, R. (2001). Cognitive versus behavior therapy in group treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 205-214.
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Rapoport, J.L. (1989). *The boy who could not stop washing. The experience and treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: E.P. Dutton.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Verdellen, C., & Kriens, S. (2001) Behandeling van tics en het syndroom van Gilles de la Tourette. In: E. de Haan, C. Dolman & A. Hansen. *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.