

**Leven tussen angst en hoop.
Cognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten**

Afscheidsrede

Rede uitgesproken bij het afscheid van het ambt van
Bijzonder hoogleraar cognitieve gedragstherapie bij kinderen en
adolescenten, vanwege de
Mary Cover Jones Stichting,
Aan de Faculteit de Maatschappij- en Gedragwetenschappen van de
Universiteit van
Amsterdam (UvA), op 26 januari 2024

Door

Prof.dr. Elisabeth Maria Walthera Johanna Utens

**Leven tussen angst en hoop
Cognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten**

Dia 1

Meneer de Rector Magnificus, Mevrouw de Decaan,
Leden van het Curatorium van de Leerstoel Cognitieve Gedragstherapie
bij Kinderen en Adolescenten, bestuursleden van de Mary Cover Jones
Stichting en de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve
Therapie, bestuurders en directie van Level,
allerliefste Bert-Jan,
collega's, vertegenwoordigers van patiëntverenigingen, familie en
vrienden.

Het is mij een eer en genoegen om na ruim 7 jaar **leerstoel Cognitieve
gedragstherapie bij kinderen en adolescenten** deze rede te houden.

Dia 2

Doel van deze leerstoel was: verbetering van de effectiviteit van
cognitieve gedragstherapie (kortweg CGT) tegen angst, dwang en tics bij
kinderen en jongeren, door patiëntgebonden onderzoek, en vernieuwing
en implementatie van cognitief gedragstherapeutische technieken.

Dia 3

Toen ik begon lag mijn focus op angststoornissen, omdat mijn werk zich
daarvóór op gericht had. Dat breidde zich nu uit naar dwang, tics en

misofonie, omdat het TOPGGZ erkend expertise centrum dwang, angst, tics (het DAT centrum) van Levvel, zich hierop richt. Ik werd vakgroepleidervan van de kennisnetwerken Emotionele stoornissen. Dat omvat de expertise centra: eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren, aanhoudende lichamelijke klachten en persoonlijkheidspsychodiagnostiek. Ik zal ook enige (niet alle) resultaten van onderzoek bij deze cliëntengroepen én bij lichamelijk zieke kinderen bespreken.

De titel en inhoud van dit college blijkt terug op de 7 jaar, waarin we probeerden door nieuwe CGT interventies de zorg voor jeugdigen en hun ouders, die zich met angst of wanhoop aanmeldden, te verbeteren en hen hoop te bieden.

Dia 4

Maar eerst nog: Wat is cognitieve gedragstherapie? Cognitieve gedragstherapie (kortweg CGT) is een kortdurende, gestructureerde therapievorm die op het heden en de toekomst is gericht. Het theoretisch model is dat onze gedachten (cognities) bepalen hoe we ons voelen (gevoelens) en hoe we ons gedragen. CGT grijpt in op de wisselwerking tussen gedachten, gedrag en leerprocessen en lichamelijke reacties. Centrale componenten zijn: stapsgewijs oefenen met blootstelling aan de moeilijke situaties, de zogenaamde exposure, vervangen van negatieve niet-helpende gedachten door wel helpende gedachten, ontspanningsoefeningen.

Dia 5

De opbrengst van de leerstoel bespreek ik (-in brede zin, het was een brede leerstoel-), als volgt:

1. een samenvatting van de belangrijkste resultaten, met daarbij
2. recent gestarte projecten:

- VR Exposure bij selectief mutisme en
- SPACE, met als zijstap een historische schets van ouderparticipatie bij CGT.

Voor toehoorders van het minisymposium, zal er deels overlap zijn met vanmiddag. Dat is onvermijdelijk.

3. onderzoek bij jongeren met persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, en lichamelijke aandoeningen
4. zijn mijn ambitie gerealiseerd?
5. impact van COVID

Als ik hierna spreek over kinderen, bedoel ik daar steeds kinderen én jongeren mee.

Nu de samenvatting van onderzoeksresultaten naar innovatieve CGT interventies, te beginnen met: angst

Dia 6

Angst.

Cognitieve gedragstherapie is de meest onderzochte en meest effectieve behandeling voor kinderen met een angststoornis. Veel onderzoek laat zien dat na CGT behandeling (van circa 10 tot 16 sessies) meer dan 60% van de kinderen opknapt (maar 40% dus nog niet).

Bij mijn komst deed zich de bijzondere situatie zich voor dat er bij Levvel, net als bij andere *hoogspecialistische* centra, relatief weinig aanmeldingen meer waren van kinderen met een primaire angststoornis, waarbij angst voorop staat. Door het succes van de effectieve CGT protocollen tegen angst, zijn tegenwoordig deze kinderen goed behandelbaar in de 1e of 2^e lijn (bijv. bij de psycholoog bij de huisarts of de basisjeugd GGZ). Dat is grote winst voor kinderen en gezinnen.

Bij Levvel behandelen we kinderen met de meest complexe problematiek, waarbij naast angst vaak nog andere stoornissen spelen.

We hebben ons gericht op een niche, nl. selectief mutisme.

Dia 7

Selectief mutisme is een angststoornis waarbij een kind consequent niet durft te spreken in situaties waarin het verwacht wordt wel te spreken (zoals op school) terwijl het vrijuit spreekt in andere situaties (thuis).

Een voorbeeld: een kind brak zijn schouder bij een val uit het klimrek, maar hilde helemaal geluidloos.

Het niet spreken kan niet verklaard worden door een andere taal- of spraakstoornis. Kinderen kunnen hierdoor slecht presteren en uitvallen op school, in sociaal isolement terechtkomen. Er is vaak een chronisch beloop en verhoogde kans op andere psychische problemen. Het komt bij circa 1-2% van de kinderen voor. Risico op selectief mutisme lijkt verhoogd bij tweetalige kinderen met een migratieachtergrond. Voor leerkrachten is het zwijgen vaak niet storend en wordt daarom slecht herkend.

Omdat in Nederland nog geen screeningsvragenlijst beschikbaar was om selectief mutisme tijdig te herkennen, gingen wij een vragenlijst naar selectief mutisme valideren. Ook gingen we de effectiviteit van een

vernieuwend gedragstherapeutisch behandelprotocol voor selectief mutisme toetsen. Els Wippo en Max Güldner (die mij destijds onthaalde bij Levvel), hadden dit protocol ontwikkeld. Uniek was dat de behandeling op school plaatsvond, in samenwerking met de leerkracht. Zo konden oefeningen makkelijker op school beklijven en het bespaarde ouders reistijd. Onze behandelaren reden per auto of op de fiets lang scholen. Chaya Rodrigues Pereira voert het promotie onderzoek uit.

Dia 8

Dit onderzoek leverde een hoog betrouwbare vragenlijst naar selectief mutisme op voor kinderen tussen de 3-16 jaar, met een afkapscore die aangeeft wanneer er mogelijk sprake is van selectief mutisme. Zo'n afkappunt was internationaal nog niet voorhanden. De lijst is gratis verkrijgbaar via de Levvel link.

Het effectiviteitsonderzoek naar behandeling op school, dat in samenwerking met prof. Maretha de Jonge gebeurde), liet geen significant beter effect zien van deze behandeling op school ten opzichte van een controle groep, die eerst 3 maanden wachttijd kreeg. Beide groepen gingen vooruit over de tijd.

De resultaten zijn helaas vertroebeld doordat het onderzoek plaatsvond tijdens de corona epidemie, met sluiting van de scholen, terwijl onze behandeling juist op scholen plaatsvond. We hadden toen vaak wanhopige ouders aan de telefoon hoe de behandeling nu verder moest, of hoe lang de wachttijd nog was.

Binnen een paar dagen gingen we over op beeldbellen, met leerkrachten, ouders en whatsapp groepjes en checkten wekelijks hoe het met kind en gezin ging. Maar jonge kinderen met selectief mutisme durven niet te spreken, laat staan met beeldbellen. Een deel van de kinderen ging achteruit. Bij weer opengaan van de scholen moest de eerder geboekte therapiewinst weer helemaal ingehaald. Sommige kinderen gingen juist sneller vooruit met praten tegen de therapeut, via beeldbellen thuis, met een ouder veilig op de achtergrond en dat zette later op school door. Nadere analyses moeten nog aantonen welke kinderen wel en niet vooruitgingen en waarom.

Dia 9

Recent is een vervolgproject gestart, namelijk **Virtual Reality Exposure bij selectief mutisme**, uitgevoerd door Wendy van Vlerken.

Geleidelijke blootstelling (i.e. *exposure*) aan enge situaties is effectief om angst te behandelen. Tijdens de pandemie kon beeldbellen, de stapsgewijze exposure met real live praten in een klaslokaal *niet* vervangen.

Virtual Reality Exposure biedt hierin uitkomst. Een review toonde al positieve resultaten voor VRE bij sociale angststoornissen.

Wij gaan nu een **VRE tool** bouwen en wel een virtuele, driedimensionale, schoolplein, schoolgang en klas, waarin kinderen stapsgewijs leren praten (bijv. eerst fluisterend, dan hardop iets zeggen tegen een klasgenootje, dan tegen de leerkracht etc.). De kinderen kunnen zo, echt interactief, praten op school oefenen. Ze kunnen ook zelf de leerkracht (bijv. een juf of meester) en het aantal kinderen instellen.

Voordeel is dat zo thuis of op de polikliniek, in een veilige omgeving, in eigen tempo, geoefend kan worden. Dan kan direct gemonitord hoezeer de spanning oploopt en kan het kind meteen advies krijgen om geleerde technieken toe te passen. De VRE tool is kindvriendelijk, makkelijk toegankelijk, kinderen kunnen zo vaak ze willen oefenen op tijden die het gezin uitkomen. Door vaker oefenen, kunnen geleerde technieken beter beklijven en generaliseren naar de schoolsituatie. Dit kan de drempel naar praten in het echt verkleinen. Door gezinnen van VR materialen thuis voorzien, kunnen ouders meer betrokken worden.

Keiveel dank voor al uw donaties die bijna 12.000 euro opleverden.

Dia 10 : Pilot

We hebben al samen met dr. Rob Belleman van de UvA en zijn studenten een demo VR tool gebouwd. Een pilot onderzoek bij een kleine groep van kinderen en therapeuten liet zien dat de VRE tool als behulpzaam en haalbaar beoordeeld werd.

We verwachten dat deze virtuele, realistische en interactieve manier van oefenen een toegevoegde waarde zal hebben bij de huidige behandeling op school.

Dia 11

Even een methodologische zijsprong.

Nu geldt nog dat grote gerandomiseerde gecontroleerde interventiestudies (zogenaamde RCTs) de gouden standaard zijn. Nadeel hiervan is dat grote patiënten aantallen nodig zijn. Bij psychische stoornissen met een lage prevalentie, zoals selectief mutisme, is dit heel moeilijk. Ook tics en dwang komen bij minder dan 2% van de jeugdigen voor (). Bij ons vorig onderzoek tijdens corona, zagen we de beperkingen van analyseren op groepsniveau. John Weisz et al. melden dat de **single-subject experimental designs** (zogenaamde SSEDs) **een goede**

oplossing voor zeldzame aandoeningen, waar grote groepen niet beschikbaar zijn.

Door bij cliënten veel herhaalde metingen te doen voor en na interventies (bijvoorbeeld 2 x per week via een app 1 x snel scoren hoe het gaat) kan het *individuele* beloop over de tijd preciezer gevolgd worden. Zo kunnen effectiviteit van de behandeling en de werkzame elementen aangetoond worden.

Ik pleit er sterk voor dat subsidiegevers vaker onderzoek met deze single case designs honoreren, zodat kleine, zeldzame groepen, minder vaak buiten de boot vallen.

Dia 12

Dan nu de **dwangstoornis** ofwel de **obsessieve-compulsieve stoornis** (OCS) bij kinderen. Dwang is een ernstige, heel ontwrichtende stoornis, met grote impact op het schoolse en sociaal functioneren en de kwaliteit van leven. Zie voorbeelden van smetvrees of controle dwang rechts op de dia. Voor dwang bij kinderen is CGT de eerst aangewezen behandeling

Exposure en response preventie (ERP) staat dan centraal. Dat is: stapsgewijs blootstelling (i.e. exposure) aan de situaties waarin dwanghandelingen of dwanggedachten optreden, de angst en stress daarbij leren verdragen, zonder de dwanghandelingen te doen (i.e. respons preventie).

Helaas is de gemiddelde symptoom vermindering circa 50% (Torp et al., 2015), dus wilden we dit verbeteren.

Dia 13

Voor kinderen met *angststoornissen* had een meta-analyse goede resultaten aangetoond voor meer intensieve, korte, compacte, CGT behandeling.

Bij Levvel werd ook een korte intensieve CGT groepsbehandeling voor *dwang* ontwikkeld, waarbij maximaal 8 cliënten (tussen de 9-20 jaar), op 5 achtereenvolgende hele dagen behandeld worden onder leiding van 3 tot 4 therapeuten. Een onervaren co-therapeut doet mee en krijgt dan coaching-on-the-job. Het groepsformat heeft door lotgenotencontact een steunende werking.

De intensieve week is een toegevoegde module, geïntegreerd in het gehele behandelprogramma. De week kan ingezet worden om een

stagnerende behandeling vlot te trekken, steviger door te pakken, of kan bij terugval nadat een therapie beëindigd is, ingezet worden. Ouders worden betrokken.

Dia 14

In Zwitserland waren heel weinig CGT therapeuten. We gingen samen met de universiteit kliniek Zürich onderzoek doen naar deze korte intensieve behandeling. CGT therapeut Marjolein Bus en ik hebben daar, behandelaren getraind: auf Deutsch. Zij gebruikten ons protocol en werkboek, namen dezelfde meetinstrumenten af. In Amsterdam deden 59, en in Zürich 19 deelnemers deel. In Amsterdam voldeed 44% van de deelnemers aan het criterium voor behandel succes, in Zürich was dat 58% (Wolters, Ball et al., 2021). Bedenk, deze successen werden snel, in slechts 1 week behaald. Dit waren open trials. Er is meer onderzoek nodig om verder te bevestigen dat een korte intensieve dwangweek een waardevolle aanvulling vormt voor klinische zorg van dwang bij de jeugd.

Dia 15

Dan nu: **SPACE**.

Dit jaar is met promovenda Juul Veeger nieuw onderzoek gestart met *ouders* van kinderen met dwang, naar de effectiviteit van de SPACE interventie, ofwel Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions, ontwikkeld door Eli Lebowitz in Amerika .

Bij een dwangstoornis van een kind speelt vaak veel gezinsaanpassing (ofwel “family accommodation”) van het gezin aan die dwangklachten. Ouders, broertjes/zusjes moeten dan meedoen met dwanghandelingen (bijv. heel vaak geruststellen, schoonmaken) of ze mogen bepaalde dingen niet doen (bijv. mogen niet in de buurt van het kind komen). Dit kost vaak heel veel energie, werkt ontwrichtend en uitputtend op het gezinsfunctioneren.

DIA 16

Onderzoek liet zien dat “gezinsaanpassing” een belangrijke factor is voor instandhouding van dwang bij kinderen. En gezinsaanpassing is ook een

negatieve voorspeller van behandelingsucces, bij de standaard behandeling zijnde CGT .

SPACE is een oudertraining die volledig verloopt via de ouders, zonder dat een therapeut het kind ziet. Dat noemen we een parent-stand-alone behandeling. Ouders worden gecoacht om hun eigen gedragingen, aanpassingen aan de dwang of angst af te bouwen, op een liefdevolle, steunende wijze naar hun kind.

SPACE was oorspronkelijk ontwikkeld om juist die kinderen te bereiken die te bang zijn, of teveel dwang hebben om naar de polikliniek te komen, of behandeling weigeren. SPACE kan ook ingezet worden bij vastgelopen, moeizame, lange behandeltrajecten, waarbij gezinnen radeloos denken dat niets meer helpt. Door puur via de ouders, te werken aan terugdringen van de gezinsaanpassing kan het behandelproces verbeterd worden. SPACE is gebaseerd op de benadering geweldloos verzet plus CGT technieken.

Dia 17

Een RCT onderzoek in Amerika toonde een goede effectiviteit van SPACE voor angststoornissen bij kinderen aan. SPACE deed niet onder voor cognitieve gedragstherapie . Ook voor *dwang* lieten een ongecontroleerde studie positieve behandelresultaten zien .

Doel van ons project is de **effectiviteit** van de SPACE oudertraining bij behandeling van kinderen *met dwang* aan te tonen. Voor kinderen die niet te bereiken zijn of vastlopen in hun behandeling, is SPACE een veelbelovend alternatief. Ook voeren we met Olav van Groot Battave een valideringsonderzoek uit naar screeninginstrumenten voor gezinsaanpassing bij kinderen met dwang en angst.

Met PI research (dochteronderneming van Levvel, Gonnie Albrecht, Marianne Haspels), gaan we in samenwerking met Eli Lebowitz, SPACE landelijk uitrollen. Levvel wordt het landelijk SPACE kenniscentrum.

Dia 18

Even een zijsprong: ik bespreek nu kort vanuit historisch perspectief **ouderparticipatie binnen CGT**, want het is bijzonder dat er nu behandeld wordt **via** ouders, met parent stand-alone interventies. Vanaf 2000, gebruikten we steeds vaker evidence based CGT protocollen, waarbij *het kind de centrale behandeldeenheid was*. Voor angststoornissen was er wel sprake van ouderparticipatie, middels

aparte oudergesprekken of ouders sloten het laatste kwartier aan bij behandelsessies van het kind. Ouders fungeerden als een soort co-therapeut. Meta-analyses geven geen duidelijk antwoord of die ouderlijke deelname bij therapie wel (zie op de dia rechts, de smiley in groen) of niet (op de dia, de smiley rood) effectief is. Er zijn tegenstrijdige uitkomsten.

Dia 19

Gaandeweg kwam de invloed van ouderlijke kenmerken (zoals opvoedstijlen of ouderlijke psychopathologie) op het behandelingsucces van CGT meer in beeld.

Als voorbeeld: een recente meta-analyse toont dat ouderlijke psychopathologie significante, schadelijke invloed heeft op CGT behandeluitkomsten van kinderen met angst. Andere onderzoeken lieten géén of een positief verband zien. Kortom, er is nog geen eenduidig beeld over ouderlijke psychopathologie en succes van CGT bij het kind. Een review stelt dan ook dat we naar gepersonaliseerde modulaire vormen van CGT moeten, o.a. hier meer op afgestemd.

Dia 20

Toen kwam de focus meer te liggen op de interactie tussen kind en ouder. CGT richt zich doorgaans *niet* op de gehechtheidrelatie tussen ouder-kind. Attachment-based family therapy (ABFT) doet dat wel. Deze ABFT is inmiddels aangepast voor jongeren met angststoornissen, richt zich op gehechtheidsrelatie, en met name de ouder-kind communicatie, in combinatie met CGT.

Onderzoek van Bosmans ondersteunde de effectiviteit deze gehechtheidgerichte behandeling voor jongeren met depressie en suïcidaliteit.

Dia 21

En nu staat behandelen via ouders, parent stand-alone behandeling, in the picture. Recente meta-analyses bij angstige kinderen laten een significant behandelingseffect zien voor interventies alleen met ouders. Er werden geen verschillen gevonden ten opzichte van andere interventies, hoofdzakelijk CGT.

Er moet mij iets van het hart nu. Toen ik bij LEVVEL begon, zijn een aantal onderzoeksaanvragen naar interventies bij ouders afgewezen, omdat subsidiegevers het niet geschikt en te duur vonden om in ouders te investeren. De meta-analyses schetsen een positiever beeld. Mijn visie is: als je investeert in ouders, komt dit het kind ten goede.

Dia 22

Nu over naar **ticstoornissen en het syndroom van Gilles de la Tourette**. U ziet op de dia de zanger Lewis Capaldi, die het syndroom van Gilles de La Tourette heeft. Als je dit filmpje bekijkt, kan dat vermoeiend zijn. Laat staan als je deze tics zelf hebt. Tics kunnen bestaan uit motorische tics (bijv. oog knipperen, neus ophalen) of geluidstics (bijv. korte geluidjes als “uhh” of “ahh”). Dit komt *veel/vaker* voor dan het plots uiten van schuttingwoorden, waar men vaak Gilles de la Tourette mee associeert. Tics kunnen wel 20 keer per minuut voorkomen. Dat kan pijnlijk en schadelijk zijn (denk aan steeds zwiepen met de nek). Het gaat samen met vermoeidheid, concentratie- en sociale problemen, schooluitval, pesten, stress, depressie en een vier keer verhoogde kans op zelfdoding.

Psychoeducatie en gedragstherapie zijn de eerste keuze van behandeling voor kinderen met tics .Maar er waren te weinig gespecialiseerde tic therapeuten in Nederland. Gezinnen hadden lange reistijden naar therapeuten. De reguliere individuele behandeling, 1 x per week, duurt doorgaans 3 maanden. De patiëntenvereniging had als dringende wens een kortdurende, intensieve behandeling voor kinderen met ticstoornissen, met vooral als doel: verbetering van de kwaliteit van leven.

Dia 23

We ontwikkelden het Tackle your Tics programma, een initiatief van de Stichting Gilles de la Tourette, Levvel, Amsterdam UMC, Accare en Yulius, TicXperts, de Britse patiëntvereniging Tourettes Action en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Dia 24

In drie opeenvolgende dagen plus een terugkomdag, kregen kinderen een groepsprogramma aangeboden met lotgenoten en ouderavonden, bestaande uit o.a. exposure en responsepreventie, workshops gegeven door 10 ervaringsdeskundigen, ontspannende activiteiten en een trainingsapp.

Patiëntparticipatie was volledig doorgevoerd van begin tot het einde. Patiëntvertegenwoordiger Laura Beljaars droeg bij aan opzet van het onderzoek, subsidieaanvragen, de inclusie, artikelen en congresbijdragen.

Dr. Heijerman promoveerde heel mooi op dit project .

Dia 25

Therapeuten uit Groningen en regio Rotterdam namen hun eigen cliënten mee naar Amsterdam, waar Tackle your Tics gegeven werd. Voor gezinnen betekende dit vaak ver reizen of overnachten. De patiëntvereniging sprong bij voor financiering hiervan. Door training-on-the-job zijn 32 therapeuten uit diverse regio's nu opgeleid in ticbehandeling en standaarddiagnostiek voor ticstoornissen, o.a. door Jolande van de Griendt. Grote uitdagingen waren de pandemie, reizen tijdens boerenprotesten en heftige stormen. Erger nog was de onvoorstelbare berg aan administratief werk, aanvragen van beschikkingen bij gemeente etc. Mijns inziens mogen we de kosteneffectiviteit van financiering van de jeugdzorg door de gemeenten heel kritisch aan de kaak stellen, met zoveel verlies van kostbare therapeuten tijd aan administratie, met wanhoop en frustraties voor gezinnen.

Dia 26

Nu ons belangrijkste resultaat: op langere termijn (na 3 en 6 maanden) was bij de directe behandelde groep geen significante verandering te zien in de tic ernst. Er was wel verbetering in hun kwaliteit van leven, de last die zij van hun tics hadden, en emotionele of gedragsproblemen ten opzicht van de wachtlijst controlegroep. Wat betreft werkzame elementen werden vooral het herkennen van de tic seintjes, de exposure oefeningen, contact met groepsgenoten en spelmomenten positief beoordeeld door ouders. Kinderen vonden het belangrijk meer controle over hun tics te hebben

Tackle your Tics kan een waardevol intensief format zijn voor jongeren die gemotiveerd zijn om in korte tijd in een groep voor hun tics behandeld te worden.

Dia 27

Misofonie

Nu misofonie. Dat is een vrij recent, door prof. Damiaan Denys, omschreven psychiatrische stoornis. Bij misofonie is er sprake van acute, extreme boosheid of walging het horen van menselijke geluiden (zoals eet-, adem- of kuch geluiden), vooral thuis, ten opzichte van 1 of meer gezinsleden. Het gaat veel verder dan de ergernis of irritatie die iedereen wel kent. Het gaat om acuut optredende woede, razernij, men wil degene die het geluid maakt als het ware wel iets aandoen. Dit

begint vaak al op jonge leeftijd en gaat samen met veel vermijding (bijv. niet meer samen eten of samen op de bank zitten met lekkers erbij). Het kost kinderen veel energie de heftige emoties en gedachten steeds te onderdrukken. Er zijn vaak aandachts-, concentratie-, gedragsproblemen en gezinsconflicten. Misofonie kan leiden tot slechtere schoolprestaties, schooluitval en lange-termijn problemen zoals werkeloosheid, relatieproblemen en psychopathologie. Het kan zeer ontwrichtend werken op kind en gezin.

Dia 28

Er waren nog geen screenings-vragenlijsten naar misofonie bij kinderen. Samen met het Amsterdam UMC, met name dr. Vulink, doen we valideringsonderzoek naar de misofonie screeningslijst en de misofonie ernst schaal, voor de leeftijdsrange 8-20 jaar. We onderzoeken de effectiviteit van het innovatieve CGT plus psychomotore therapie protocol voor misofonie voor kinderen, dat door therapeuten van Amsterdam UMC en Levvel op maat gemaakt is.

Dia 29

De kinderen kregen standaard 8 sessies groepstherapie, bestaande uit 1.5 uur CGT en 1.5 uur psychomotore therapie, met nog 3 oudersessies. Alle sessies werden door 1 therapeut van het Amsterdam UMC samen met 1 therapeut van LEVVEL gegeven. Dat gaf veel administratieve rompslomp vanwege de verschillende financiële geldstromen in twee afdelingen, onder 1 dak. Voordeel was dat de therapeuten enthousiast werden van de wederzijdse expertise en samenwerking.

Dia 30

Met Tom Sondaar en de vereniging misofonie.nl was er een heel fijne samenwerking. De resultaten naar de effectiviteit worden nu door Lotte Rappoldt geanalyseerd, zij zal er dit jaar op promoveren.

Dia 31

Nu onderzoek in het Kennisnetwerk Emotionele stoornissen van Levvel. Voor **persoonlijksstoornissen bij jongeren**, deden we onderzoek naar dialectische gedragstherapie bij jongeren met *borderline kenmerken*.

Dialectische gedragstherapie heeft als doel: onder controle krijgen van stemmingsafhankelijk, impulsief of suïcidaal gedrag, zelfbeschadigend gedrag, middelenmisbruik of woede-uitbarstingen.

Na behandeling vonden we significante vooruitgang in ernst van de borderline symptomen, uitingen van emoties/boosheid, internaliserende en externaliserende gedragsproblemen, passieve coping stijl en eigenwaarde. Zes maanden later bleek de winst op de borderline symptomen behouden en stabiel. Rebecca van der Hout schreef het artikel

Dia 32

Voor eetstoornissen deed Irene Meijer een pilot studie naar de oudertraining Geweldloos Verzet voor ouders van adolescenten met anorexia nervosa. Er werd een significante daling in opvoedingsbelasting voor ouders gemeten en een trend naar verbetering van de ouder-kind interactie gevonden. Omdat het een kleine pilot is, kunnen we nog geen harde conclusie trekken, maar deze training lijkt veelbelovend.

Momenteel loopt ook een onderzoek uitgevoerd door Maartje Jansma, naar EMDR specifiek voor eetstoornissen

Dia 33

Tot slot nog de RCT naar de effectiviteit van Young Persons Face IT (YPFACEIT; een online eHealth zelfhulpprogramma voor jongeren met een zichtbare aandoening (bijv. een hazenlip, ontbrekende ledematen). Dit programma omvat sociale vaardighedentraining en CGT technieken voor het omgaan met lastige situaties (zoals steeds vragen krijgen, aangestaard worden). Het onderzoek werd uitgevoerd samen met Erasmus MC-Sophia en universitaire ziekenhuizen in Noorwegen. YPFACEIT bleek effectief in verminderen van sociale angst bij kinderen met zichtbare afwijkingen Marije van Dalen promoveerde hierop.

Dia 34

Dan nu: zijn de ambities, die ik destijds opstelde in mijn oratie gerealiseerd?

Ik beoogde te bouwen aan:

1. goede diagnostiek
2. training, supervisie → nieuwe CGT
3. ROM meting

4. welke CGT ingrediënten werkzaam
5. e-Health, Virtual Reality
6. multicenter onderzoek

Concluderend:

-We hebben nieuwe gratis, gevalideerde lijsten voor selectief mutisme en misofonie gerealiseerd, en trainingen in diagnostiek ontwikkeld.

Valideringonderzoek van gezinsaanpassingslijsten loopt nog. Met het onderzoeksnetwerk van de TOPGGZ heb ik compacte factsheets en webinars gemaakt voor diagnostiek van angst en dwang bij de jeugd

-We hebben structurele trainingen en intervisiemeetingen, met werkmaterialen op maat, gerealiseerd voor onze nieuwe CGT behandelingen voor selectief mutisme, dwang, tics en misofonie.

-We nemen per stoornis standaard dezelfde meetinstrumenten af, ofwel: Routine Outcome Monitoring. Dit droeg bij aan de verlenging van ons TOPGGZ keurmerk.

-Werkzame elementen zijn of worden onderzocht binnen de onderzoeken naar tics, misofonie, SPACE en VR voor selectief mutisme.

-E-Health is onderzocht bij Young Persons Face It.

-betreffende multicenter onderzoek hebben we voor selectief mutisme, dwang, tics en misofonie, steeds met andere, ook internationale instituten samengewerkt, recent met het Maudsley Hospital Londen.

Dia 35:

Dan nu:

7. transdiagnostisch behandelen
8. onderzoek 3e generatie CGT-technieken.

We behandelen transdiagnostisch, binnen het nog lopend onderzoek van Janna v Keulen naar ACT your way .

Transdiagnostisch betekent dat jongeren met verschillende diagnoses (bijv. angst- of depressieve stoornissen) met eenzelfde protocol worden behandeld. ACT your way is een 3e generatie CGT-techniek gebaseerd op Acceptance en Commitment Therapie (ACT).

Dia 36

De laatste 3 ambities heb ik niet meer gerealiseerd. Dat betreft:

- afstemming van CGT op cultureel-sensitieve normen,
- op licht verstandelijke beperkingen en
- preventie kan beter. Dat is nu voor generaties na mij.

Dia 37

-Tenslotte de impact van de covid pandemie, een periode tussen angst en hoop. Ondanks de pandemie, hebben we **alle** benodigde patientaantallen voor de onderzoeken behaald, dankzij de steeds improviserende teams. Bij groepssessies alles ontsmetten, maskers op, 1.5 meter afstand houden, met corona besmette kinderen online laten meedoen in live groepssessies: het was bikkelen. Het heeft waarschijnlijk onze resultaten beïnvloed.

Dia 38

Resultaten van JosJan Zijlmans van het Dreams consortium (-dat is een samenwerkingsverband tussen Accare, Curium, Karakter en Levvel-), laten zien dat sinds de start van de pandemie, bij jongeren (tussen de 8 en 18) uit de algemene, doorsnee bevolking, er een toename optrad van internaliserende psychische problemen, m.n. angst en depressie.

Deze problemen zijn na de pandemie nog steeds substantieel hoger dan ervoor.

Bij kinderen die behandeld werden binnen de genoemde kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, was ook een toename in psychische problemen, die stabiel bleef tijdens de hele pandemie en niet meer afnam. Kortom, corona is voorbij, maar de psychische problemen bij de jeugd zijn er nog. En zijn binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie nog fors. Waar dit precies aan ligt, moet nog nader onderzocht.

Dia 39

Ik pleit sterk voor veel meer gedegen biomedisch en neuropsychologisch onderzoek, door samenwerkende universitaire centra en structurele financiering van poliklinieken, voor kinderen en volwassenen met postcovid. Veel van hen stonden in de frontlinie in de zorg of in het onderwijs. Nu blijft voor hen zorg en biomedisch onderzoek schrikbarend achter en staat deze groep heel erg in de kou. Het zou zo kosten

effectief zijn als zij weer mee zouden kunnen doen in het arbeidsproces. Ik ga me voor longcovid patiënten inzetten.

En dank u allen oprecht heel hartelijk voor uw donaties voor Stichting Long COVID.

Dank aan het geriatrisch revalidatiecentrum Domstate te Utrecht en dokter Vrancken, voor haar out-of-the-box denken en de goede zorg, gegeven aan ons Marlon.

Dia 40

Dankwoord

Dank aan het college van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam, de rector magnificus en decaan van de faculteit der Maatschappij en Gedragwetenschappen, het bestuur van de Mary Cover Jones Stichting, leden van het Curatorium, voor de fijne samenwerking.

Dia 41

Dank aan alle cliënten, ouders en clientvertegenwoordigers voor hun vertrouwen

Dank bestuurders drs. de Koning, drs. Verhoef, en directie van Levvel, Dank Professoren Ramón Lindauer en Arne Popma, geweldige collega's, voor hun warme collegialiteit. Ramón, dank voor het vele, vele fijne sparren.

Professoren Orobio de Castro, Bögels, Hoogduin, Oort, Volman, Prins, vd Goudoever, Hoekstra, de Jonge, Vermeiren, Hillegers, Staal, Lebowitz, Bruining, dr. Hein, dank voor de fijne samenwerking in mij Adamse periode. Alle overige aanwezigen hoogleraren, ook oprecht keiveel dank voor de fijne samenwerking.

Dia 42

Hartelijk dank aan alle dierbare collega's. Het is echt niet haalbaar iedereen bij naam te noemen, ik noem sommigen, en ook maar 1x , please forgive me.

Hartelijk dank **alle** collega's nu en vroeger van het landelijk team. Wat een competent, gedreven, hartelijk team. Met name Chaim Huyser, Carola de Wit, Luuk Stapersma dank voor alle wijze raad.

Dank aan alle thema-experts (-hun namen staan op de slide-), met name de helaas ons veel te vroeg ontvallen Kim van Slobbe-Maijer collega's van de Emo kennisnetwerken en

kennisnetwerkprocesbegeleiders Suzan Jansen en Bram Janmaat. Malindi van der Mheen, voor haar vele werk voor TOPGGZ.

Alle collega's van de teams DAT, selectief mutisme, Tackle your Tics, misofonie, SPACE en Pi research.

Ik heb veel respect voor jullie passie en expertise om topzorg aan de meest complexe patiënten te bieden.

Dia 43

Dank dr. Nienke Vulink en prof. Denys voor het zeer plezierig samenwerken.

Aan alle collega's van Pedagogische en Onderwijswetenschappen van de UvA.

Veel dank aan Susan Mosk en Suzan Janssen voor hun al hun hulp. Aan Anne-Claire Hiemstra, onderzoeksdirecteur voor je meedenken.

Alle LEVVEL secretaresses, zorgadministratie. ICTers, dankzij jullie konden we tijdens corona in no time digitaal werken. Clara Vollaard, communicatie adviseur, je verzet bergen werk. De Levvel onderzoekscommissie, collega's van Stichting Steun Emma kinderziekenhuis, Max Kloosterman. . Financiële controllers van het Amsterdam UMC, met name Barbara Schrijver. Aan Marlies van Dijk, kundige praktijkopleider.

Dia 44

Aan Ria Pengel voor de publicatie over schoolweigering en aan Edibe Tali, Esther de Bruin, Eva Potharst voor zelfcompassie bij angst.

Chiara Pelosi en prof. Roos-Hesselink voor ons unieke 40 jaar follow-up artikel.

Dia 45

Dank collega's van het onderzoeksnetwerk Angst Dwang Trauma van de TOPGGZ,

bestuursleden van de Angst Dwang en Fobie stichting, het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, en collega's van de congrescommissie van de VGCT, het ErasmusMC en Jan Bruijn.

Dia 46

Dank externe financierders Fonds SGS - Vereniging Nederlandse Gemeenten, Unilever, Vaillant fonds.

Dia 47

Enorm veel dank aan UVA en LEVVEL voor het instand houden van deze leerstoel.

Ik ben echt enorm dankbaar voor de 7 mooie, vette jaren die ik met jullie heb mogen beleven. Ik kan oprecht in alle vertrouwen het stokje overdragen aan mijn opvolger Jeroen Legerstee. Jeroen, ik wens je heel veel succes en evenveel werkplezier toe als ik bij Levvel heb gehad.

Dia 48

En nu privé. Lieve Brabantse familie, vrienden, lieve burens, bandleden van Souled and Pepper, polderbloempjes: dank voor jullie steun, vriendschap en kei-keilieve meeleven en steun de laatste 1.5 jaar.

Thom, als beroepsmuzikant hield jij je, samen met Kyra, jouw lieve steun en toeverlaat, knap staande tijdens corona en nu speel je zelfs in grote musicals! Wow! Zo geweldig dat jullie de baby krijgen.

Marlon, voor 2 masters heel knap afgestudeerd, de scriptieprijs, toffe baan en dan longCOVID. Zo ongelooflijk knap hoe je daarmee dealt, en steeds gemotiveerd blijft. Respect!. Freek heel veel dank voor je liefde en steun aan Marlon. We zijn heel blij met jou erbij. Wij houden keiveel van "ons schaopkes".

Lieve Bert-Jan, jouw prepensionering was een "valse start", werd meteen leven tussen angst en hoop. Nu de kanker weer terug is, geldt dit nog meer. Ongelooflijk knap en keiveel respect voor hoe ontzettend dapper jij je hier doorheen slaat. Mentaal ijzersterk.

Bertjan, jij bent mijn alles, ik dank al mij levensgeluk aan jou ("ja, ja", zeg je dan, "maar ik ben ook een betweter en geen heilige", true 😊)

Voor ons hele gezinsgeluk ben je een onmisbaar, onze BJ superman.

We zijn je ontzettend dankbaar dat je ervoor wilt gaan, ondanks zoveel pijn en ziekte. We gaan ons stinkende best doen jou zo goed mogelijk steunen en wensen jou met heel ons hart KEIVEEL gezondheid en beterschap toe.

Ik draag het applaus straks volledig op aan jou.

Dank aan de afdeling oncologie/hematologie van het Maasstad ziekenhuis.

Dia 49

Lieve collega's, jullie zitten in mijn hart. Zorg goed voor elkaar, de jongeren en onze aarde, en zoals ons ma zou zeggen: "Maak maar veel plezier met elkaar!"

Allen oprecht hartelijk dank. Ik heb gezegd.

Referenties afscheidscollege

ACT your way onderzoek: (<https://www.uu.nl/onderzoek/act-your-way>).

Andrén P, Jakubovski E, Murphy T, Woitecki K, Tarnok Z, Zimmerman-Brenner S, van de Griendt J, Mol Debes N, Viefhaus P, Robinson S, Roessner V, Ganos C, Szejko N, Müller-Vahl K, Cath D, Hartmann A, Verdellen C. Review. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders—version 2.0. Part II: psychological interventions. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2022;31:403–423.

Bosmans G, Santens T, Vandevivere E, Ewing S. Attachment-based family therapy. Een evidence-based systeemtherapeutisch behandelprogramma voor depressieve adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. 2020;339–372. Boom. 9789024408917

DAT, TOPGGZ erkend expertise centrum dwang, angst, tics.
<https://www.levvel.nl/expertisecentrum-DAT>.

Bennett K, Manassis K, Duda S, Bagnell A, Bernstein GA, Garland EJ, et al. Treating child and adolescent anxiety effectively: Overview of systematic reviews. *Clin Psychol Rev*. 2016;50:80-94.

Bertie L, Hudson JL. CBT for Childhood Anxiety: Reviewing the State of Personalised Intervention Research. *Front Psychol*. 2021;Nov 26;12:722546.

Van Dalen, M. Living with a visible difference: putting together the pieces of a puzzle. PhD thesis Erasmus University Rotterdam, 2022. Promotors: Utens, Hillegers.

Dekel I, Dorman-Ilan S, Lang C, Bar-David E, Zilka H, Shilton T, Lebowitz ER, Gothelf D. The feasibility of a parent group treatment for youth with anxiety disorders and obsessive compulsive disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2021;Dec;52(6):1044-1049.

DREAMS study: https://www.dreams-study.nl/app/uploads/2022/12/Infographic_COVID-studie-2022-pdf_standandaard.pdf

Elizur Y, Perednik R (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1451-1459.

Etkin RG, Zilcha-Mano S, Lebowitz ER. Clinical Update: The Role of Family Accommodation in Youth Anxiety Treatment Outcomes. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health*. 2022;7(3):295-305.

Gibby BA, Casline EP, Ginsburg GS. Long-Term Outcomes of Youth Treated for an Anxiety Disorder: A Critical Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2017;20(2):201-225.

Bodden DH, Dirksen CD, Bögels SM. Societal burden of clinically anxious youth

referred for treatment: a cost-of-illness study. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(4):487-497.

Herres J, Krauthamer, Ewing ES, Levy S, Creed TA, Diamond GS. Combining attachment-based family therapy and cognitive behavioral therapy to improve outcomes for adolescents with anxiety. *Front Psychiatry*. 2023; 14: 1096291.
Heijerman-Holtgreffe A, Huyser C, Verdellen C, van de Griendt J, Beljaars L, Kan KJ, Lindauer R, Cath D, Hoekstra P, Utens L. Effectiveness of 'Tackle Your Tics', a brief, intensive group-based exposure therapy programme for children with tic disorders: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2022;Jun 28;12(6):e058534.

Heijerman-Holtgreffe AP, Verdellen CWJ, van de Griendt JMTM, Beljaars LPL, Kan KJ, Cath D, Hoekstra PJ, Huyser C, Utens EMWJ. Tackle your Tics: pilot findings of a brief, intensive group-based exposure therapy program for children with tic disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;Mar;30(3):461-473.

Heijerman-Holtgreffe AP, Beljaars LPL, Verdellen CWJ, van de Griendt JMTM, Cath Hoekstra PJ, Huyser C, Utens EMWJ. Active involvement of patient representatives in research: roles, tasks, and benefits in a pilot intervention study. *Curr Res Psychiatry*. 2021;1(3):40-43.

Heijerman-Holtgreffe A. Tackle your tics. Optimising behavioural therapy for children and adolescents with tics. PhD thesis University of Amsterdam, 2023. Promotors: Utens, Hoekstra, copromotor Huijser.

Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive—compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;179(4), 324-329.

van der Hout R, Barnasconi F, Noorloos J, de Bruin R, van Slobbe-Maijer K, Legerstee JS, Oort F, Utens E. Treatment outcomes of dialectical behaviour therapy for adolescents presenting with characteristics of borderline personality disorder: A naturalistic study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2023;Apr;28(2):707-720.

Horigome T, Kurokawa S, Sawada K, Kudo S, Shiga K, Mimura M, et al. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2020;50(15):2487–97.

James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;Nov16;11(11):CD013162.

Jewell C, Wittkowski A, Pratt D. Review article. The impact of parent-only interventions on child anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;309: 324–349.

Knight T, Steeves T, Day L, et al. Prevalence of Tic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Neurol*. 2012;47:77–90.

Kunas SL, Lautenbacher LM, Lueken U, Hilbert K. Psychological predictors of cognitive-behavioral therapy outcomes for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;Jan 1;278:614-626.

Kreuze LJ, Pijnenborg GHM, de Jonge YB, Nauta MH. Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of Anxiety Disorders.* 2018;60:43-57.

Lebowitz ER, Marin C, Martino A, Shimshoni Y, Silverman WK. Parent-Based Treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2019; doi:10.1016/j.jaac.2019;02.014.

Meijer I, Thiadens E, Terpstra L, Utens E. Uit de greep van de eetstoornis. *De Psycholoog*, jan. 2023; 33-38.

National Institute for Health and Care Excellence (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment. Clinical guideline [CG31]. London: NICE.

Öst LG, Ollendick TH. Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy.* 2017;97,134–145.

Pelosi C, Kauling RM, Cuypers JAAE, van den Bosch AE, Helbing AE, Utens EMWJ, Roos-Hesselink JW. Daily life and psychosocial functioning of adults with congenital heart disease: a 40-53 years after surgery follow-up study. *Clin Res Cardiol.* 2023;Jul;112(7):880-890.

Pengel R, van der Mheen M, Utens L. Cliëntkenmerken van schoolweigeraars en hun werkrelatie met hulpverleners van het Team Thuiszitters. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie.* 2022;49(1),168-185.

Muris P, Ollendick TH. Review Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychol Res Behav Manag.* 2021;14:159-167.

Rappoldt LR, van der Pol MM, de Wit C, Slaghekke S, Houben C, Sondaar T, Kan KJ, van Steensel FJAB, Denys D, Vulink NCC, Utens EMWJ. Effectiveness of an innovative treatment protocol for misophonia in children and adolescents: Design of a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun.* 2023;Mar11;33:101-105

Robertson MM. The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome: Part 1: The epidemiological and prevalence studies. *J Psychosom Res.* 2008; 65:461–472.

Rodrigues Pereira C, Ensink JBM, Güldner MG, Kan KJ, De Jonge MV, Lindauer RJL, Utens EMWJ. The validation of the selective mutism questionnaire for use in the Dutch population. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;Jun 27. doi: 10.1007/s10578-022-01387-8.

Rodrigues Pereira C, Ensink JBM, Güldner MG, Lindauer RJL, De Jonge MV, Utens EMWJ. Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;Dec 1. doi: 10.1007/s00787-021-01907-2. PMID: 34853909 Review.

Rodrigues Pereira C, Ensink JBM, Güldner MG, Kan KJ, de Jonge MV, Lindauer RJL, Utens EMWJ. *Contemp Clin Trials Commun*. Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: Design of a randomized controlled trial. 2020;Aug 12;19:100644.

Schröder A, Vulink N, Denys D. Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS One*. 2013;8(1):e54706.

Slobodin O. Beyond the language barrier: A systematic review of selective mutism in culturally and linguistically diverse children. *Review Transcult Psychiatry*. 2023; Apr;60(2):313-331.

SPACE: <https://www.spacetreatment.net/>

Sun M, Rith-Najarian LR, Williamson TJ, Chorpita BF. Treatment features Associated with youth cognitive behavioral therapy follow-up effects for internalizing disorders: a meta-analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019;48(sup1):S269-S283.

Tali E, Potharst ES, de Bruin EI, Utens EMWJ. Self-Compassion and Anxiety in Adolescents with and without Anxiety Disorder. *Children (Basel)*. 2023;Jul 7;10(7):1181.

Torp NC, Dahl K, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Valderhaug R, Weidle B, Holmgren Melin K, Hybel K, Becker Nissen J, Lenhard F, Wentzel-Larsen T, Franklin ME, Ivarsson T. Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behav Res Ther*. 2015;Jan;64:15-23.

[Topggz.nl/factsheets](https://www.topggz.nl/factsheets): voor angst en dwang bij kinderen en adolescenten.

https://www.topggz.nl/sites/default/files/users/user2540/202209_Factsheet%20Angstinstrumenten%20K%26J%20versie%202022.01.pdf

https://www.topggz.nl/sites/default/files/users/user2540/202207_Factsheet%20Dwang%20Instrumenten%20K%26J%20versie%202022.01%20juli%202022.pdf

Utens E, Rodrigues Pereira C, Ensink JBM, Güldner MG, Wippo E, Kan KJ, de Jonge MV, Belleman R, Stapersma L, Lindauer RJL. Abstract Poster Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. 30th June 2023, Copenhagen.

Verdellen C, Wertenbroek A, Cath D (Redactie). *Handboek Gilles de la Tourette*, 2019 ISBN 9789089535177, Boom uitgevers Amsterdam.

Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(1):57-67.

Wolters L, J Ball, V Brezinka, M Bus, C Huyser, E Utens. Brief intensive cognitive behavioral therapy for children and adolescents with OCD: Two international pilot studies. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021;volume 29.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100645>

Warwick H, Reardon T, Cooper P, Murayama K, Reynolds S, Wilson C, Creswell C. Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;Mar;52:77-91. Epub 2016 Dec 21.

Weisz JR, Venturo-Conerly KE, Fitzpatrick OM, Frederick JA, Ying M. What four decades of meta-analysis have taught us about youth psychotherapy and the science of research synthesis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2023;May 9;19:79-105.

Yin B, Teng T, Tong L, Li X, Fan L, Zhou X, Xie P. Efficacy and acceptability of parent-only group cognitive behavioral intervention for treatment of anxiety disorder in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*. 2021;Jan11;21(1):29.

Young Persons Face IT (YPFACEIT); <https://www.ypfaceit.co.uk/>

Zelihić D, van Dalen M, Kling J, Pripp AH, Nordgreen T, Kvaalem IL, Pasmans SGMA, Mathijssen IMJ, Koudstaal MH, Hillegers MHJ, Williamson J, Utens EMWJ, Feragen KB, Okkerse JME. Reducing social anxiety in adolescents distressed by a visible difference: Results from a randomised control trial of a web-based intervention. *Body Image*. 2022;40:295-309.

