

B.1 Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

Algemene instructies

Deze vragenlijst is ontwikkeld om de ernst en de aard van de symptomen van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) te scoren. In het algemeen hangt de score af van hetgeen de patiënt zegt, de definitieve score is echter gebaseerd op het klinisch oordeel van de interviewer. Beoordeel de kenmerken van ieder item naar hoe het de afgelopen week tot en met het interview is gegaan. De scores moeten per item een gemiddelde over de gehele afgelopen week weergeven.

Het is de bedoeling dat deze vragenlijst gebruikt wordt als een semigestructureerd interview. De interviewer moet de items in de aangegeven volgorde afnemen en de vragen stellen zoals zij in de vragenlijst staan. De interviewer is echter vrij om meer vragen te stellen om duidelijkheid te krijgen.

Extra informatie door anderen (bijv. ouders) kan alleen dan meegenomen worden bij de beoordeling als de interviewer van oordeel is dat:

- dergelijke informatie van wezenlijk belang is voor het vaststellen van de ernst van de symptomen;
- dezelfde informant iedere zitting aanwezig is, waardoor men verzekerd is van een consistente wekelijkse rapportage.

Geef allereerst een definitie van dwanggedachten en dwanghandelingen:

'DWANGGEDACHTEN zijn akelige ideeën, gedachten of beelden die regelmatig in je hoofd opkomen. Het kan zijn dat dat gebeurt tegen je wil. Zij kunnen afschuwelijk voor je zijn, of het kan zijn dat je ze raar vindt, alsof ze niet bij je horen.

DWANGHANDELINGEN, aan de andere kant, zijn dingen waarvan je het gevoel hebt dat je ze moet doen, terwijl je soms weet dat het onzin is of overdreven. Het kan zijn dat je probeert de dwanghandelingen niet uit te voeren, maar dit kan moeilijk zijn. Het kan ook zijn dat je net zo lang angstig bent totdat je de dwanghandelingen helemaal hebt uitgevoerd of afgemaakt.

Ik zal je een paar voorbeelden van dwanggedachten en dwanghandelingen geven:

Een voorbeeld van een dwanggedachte is: de steeds terugkomende gedachte dat je iets geks of gevaarlijks moet doen, terwijl je dat nooit zou willen doen.

Een voorbeeld van een dwanghandeling is: steeds maar weer kranen, apparaten en het slot van de voordeur controleren voordat je gaat slapen. Hoewel de meeste dwanghandelingen duidelijk te zien zijn, zijn sommige onzichtbaar omdat ze in je hoofd gebeuren, zoals stiekem controleren, of iedere keer wanneer je een slechte gedachte hebt gehad onzin-zinnetjes in je hoofd zeggen.

Heb je nog vragen over dwanggedachten of dwanghandelingen? (zo niet, ga door)'

Bij herhaald afnemen van de vragenlijst is het niet altijd noodzakelijk deze definities en voorbeelden te herhalen, zolang vastgesteld kan worden dat de patiënt ze begrijpt. Het kan voldoende zijn de patiënt eraan te herinneren dat dwanggedachten gedachten, ideeën, beelden of impulsen zijn en dwanghandelingen de dingen die je moet doen, ook de meer verborgen 'mentale handelingen'.

'Ik zal je nu een aantal vragen stellen over je dwanggedachten. Dat zijn dus de gedachten die zonder dat je dat wilt in je hoofd opkomen.' [Verwijs naar de belangrijkste obsessies van de patiënt.]

1. HOEVEELHEID TIJD DIE BESTEED WORDT AAN DWANGGEDACHTEN

I: 'Hoeveel tijd heeft het denken aan deze dingen je gekost?'

[Als obsessies bestaan uit kortdurende steeds terugkerende indringende gedachten, dan kan het moeilijk zijn de totale duur die deze in beslag nemen te schatten. Als dit het geval is, dan wordt de tijd geschat door vast te stellen hoe vaak ze voorkomen. Neem zowel het aantal keren dat de indringende gedachten voorkomen als het aantal uren van de dag dat er sprake van is in beschouwing.]

Vraag: 'Hoe vaak komen deze dwanggedachten voor?'

[Vergewis je ervan dat ruminaties en preoccupaties die, niet zoals obsessies, egosyntoon en rationeel (maar overdreven) zijn, niet worden meegerekend.]

0 = Geen.

1 = In lichte mate: minder dan 1 uur per dag, of af en toe optredend.

2 = Matig: 1-3 uur per dag, of geregeld optredend.

3 = In ernstige mate: 3-8 uur per dag, of bijzonder vaak optredend

4 = Extreem: meer dan 8 uur per dag, of bijna onafgebroken optredend.

2. HINDER DOOR DWANGGEDACHTEN

I: 'In hoeverre zitten de dwanggedachten je dwars op school, thuis of als je bij je vrienden bent? Zijn er dingen die je niet meer doet vanwege die gedachten?'

[Indien momenteel niet op school, bepaal dan hoeveel de prestaties beïnvloed zouden worden als de patiënt wel op school zou zijn. Hier wordt ook vermijdingsgedrag gescoord.]

0 = Geen.

1 = Licht: geringe hinder, zonder het dagelijks functioneren te schaden.

2 = Matig: duidelijke verstoring van dagelijks functioneren thuis, op school of in sociale contacten, maar nog steeds beheersbaar.

3 = Ernstig: veroorzaken aanzienlijke verstoring van het functioneren in sociale contacten, op school of thuis.

4 = Extreem: tast alle levensaspecten aan.

3. LEED DOOR DWANGGEDACHTEN

I: 'Hoe ongerust word je door deze gedachten, hoe angstig of rottig ga je je voelen als je die gedachten hebt?'

[Scoor alleen de angst die uitgelokt wordt door de obsessies, niet de gegeneraliseerde angst of de angst gekoppeld aan andere omstandigheden of symptomen.]

0 = Geen.

1 = Licht: zonder al te veel van streek te raken.

2 = Matig: duidelijk van streek, maar beheersbaar.

3 = Ernstig: zeer verstorend.

4 = Extreem: bijna voortdurende en invaliderende kwelling.

4. VERZET TEGEN DWANGGEDACHTEN

I: 'Wat doe je als die gedachten komen, laat je ze hun gang gaan of probeer je ze wel eens uit je hoofd te zetten?'

[Alleen de inspanning van het verzet scoren, niet het succes of het mislukken ervan. Hoe vaak de patiënt zich verzet tegen de gedachten, hoeft niet samen te hangen met zijn/haar vermogen om deze daadwerkelijk onder controle te krijgen. Denk eraan dat dit item niet direct de ernst van de indringende gedachten meet; het dient eerder als indicator van de gezondheidstoestand, dat wil zeggen: dit item dient als maatstaf voor de mate waarin de patiënt zich inspant om de dwanggedachten de baas te zijn/worden zonder gebruik te maken van vermijdingstechnieken of de uitvoering van dwanghandelingen. Met andere woorden: hoe groter het verzet van de patiënt, hoe minder gestoord in dit opzicht zijn/haar functioneren is. Er bestaan 'actieve' en 'passieve' vormen van verzet. Patiënten die gedragstherapie ondergaan zullen vaak aangemoedigd worden de obsessieve symptomen tegen te gaan door er niet tegen te vechten (bijv. 'laat de gedachten maar komen'; passief verzet) of juist door het oproepen van de verstorende gedachten. Beschouw bij dit item het gebruik van deze gedragstherapeutische technieken als vormen van verzet. In die gevallen dat de patiënt niet de behoefte voelt zich te verzetten tegen minimale obsessies, dient de score 0 te worden gegeven.]

0 = Altijd pogingen tot verzet, of de symptomen zijn zo onbeduidend dat verzet niet nodig is.

- 1 = Probeert meestal weerstand te bieden.
- 2 = Doet enige poging tot verzet.
- 3 = Geeft toe aan alle obsessies zonder pogingen ze onder controle te houden, maar dit gebeurt met enige tegenzin.
- 4 = Geeft volledig toe aan alle obsessies.

5. MATE VAN CONTROLE OVER DE DWANGGEDACHTEN

I: 'Als je die gedachten uit je hoofd probeert te zetten, lukt dat dan?'

[In tegenstelling tot item 4 is het vermogen van de patiënt om zijn obsessies onder controle te houden meer gerelateerd aan de ernst van de indringende gedachten.]

0 = Geheel onder controle.

- 1 = Veel controle: meestal is het mogelijk de obsessies te stoppen of te verdrijven met enige inspanning en concentratie.
- 2 = Matige controle: soms is het mogelijk de obsessies te stoppen of te verdrijven.
- 3 = Weinig controle: het lukt zelden de obsessies te stoppen of te verdrijven; het is moeilijk voor de patiënt de aandacht af te wenden.
- 4 = Geen controle: de obsessies worden ervaren als geheel onvrijwillig en het is niet mogelijk het obsessieve denken te veranderen.

'De volgende vragen gaan over je dwanghandelingen, de gewoonten waar je niet mee op kunt houden.' [Verwijs naar de dwanghandelingen van de patiënt.]

6. TIJD DIE WORDT BESTEED AAN DE DWANGHANDELINGEN

I: 'Hoeveel tijd ben je met die dingen bezig?'

[Als de rituelen voornamelijk dagelijkse activiteiten betreffen vraag dan:]

'Hoeveel langer doe je over de gewone dagelijkse dingen doordat je deze gewoonte hebt?'

[Als de dwanghandelingen van korte duur zijn en steeds terugkomen, dan kan het moeilijk zijn deze tijd in termen van uren te scoren. In deze gevallen wordt de tijd geschat door te bepalen hoe vaak ze voorkomen. Neem zowel het aantal keren dat de dwanghandelingen voorkomen als het aantal uren van de dag dat er sprake van is in beschouwing. Tel het vóórkomen van de dwanghandelingen en niet het aantal herhalingen; bijvoorbeeld: een patiënt die 20 keer per dag zijn handen 5 maal heel erg kort wast, vertoont 20 keer per dag dwanghandelingen, niet 5 keer of 5 keer 20 (= 100).]

Vraag: 'Hoe vaak voer je deze dwanghandelingen uit?'

[Meestal zijn dwanghandelingen observeerbaar gedrag (bijv. handen wassen), soms echter zijn de dwanghandelingen covert (bijv. het in gedachten controleren). Houd hierbij ook rekening met vermijding. Het aantal vermijdingen wordt gescoord of de tijd dat de vermijding duurt.]

0 = Geen.

- 1 = Licht: minder dan 1 uur per dag wordt besteed aan de uitvoering van dwanghandelingen, of af en toe optredend.
- 2 = Matig: 1-3 uur per dag wordt besteed aan de uitvoering van dwanghandelingen, of geregeld optredend.
- 3 = In ernstige mate: 3-8 uur per dag wordt besteed aan de uitvoering van dwanghandelingen, of bijzonder vaak optredend.
- 4 = Extreem: meer dan 8 uur per dag wordt gebruikt voor de uitvoering van dwanghandelingen, of bijna onafgebroken optredend.

7. HINDER DOOR DWANGHANDELINGEN

I: 'In hoeverre zitten de dwanghandelingen je dwars bij de dingen die je dagelijks thuis en op school moet doen, of bij het omgaan met je vrienden? Zijn er dingen waar je niet meer aan toekomt doordat je het te druk hebt met dwanghandelingen?'

[Indien niet op school, bepaal dan wat het effect zou zijn geweest als de patiënt wel op school geweest zou zijn.]

0 = Geen.

- 1 = Licht: geringe hinder bij sociale of schoolactiviteiten of dagelijks leven thuis, zonder dat het dagelijkse doen en laten negatief wordt beïnvloed.
- 2 = Matig: duidelijke verstoring van dagelijks leven thuis, schoolactiviteiten of sociale contacten, maar nog steeds beheersbaar.
- 3 = Ernstig: veroorzaakt een grote mate van verstoring van de sociale contacten, het functioneren op school of thuis.
- 4 = Extreem: het hele doen en laten van de patiënt wordt zeer ernstig verstoord.

8. LEED DOOR DWANGHANDELINGEN

I: 'Stel dat je door jezelf of anderen wordt tegengehouden als je de dwanghandeling wilt uitvoeren. Hoe akelig ga je je dan voelen?' [Hier even pauzeren.]

[Scoor de mate van angst die de patiënt zou ervaren als, zonder dat hij/zij wordt gerustgesteld, de uitvoering van de dwanghandeling plotsklaps verstoord wordt. In de meeste gevallen zal de uitvoering van de dwanghandelingen zorgen voor een reductie van de angst. Als, naar het oordeel van de interviewer, de angst juist afneemt door het tegengaan van de dwanghandelingen zoals hierboven beschreven, vraag dan:]

'Hoe erg raak je van streek terwijl je bezig bent met je dwanghandelingen tot je ze helemaal hebt gedaan?'

0 = Geen.

- 1 = Licht: alleen geringe mate van angst bij het niet uitvoeren van de dwanghandelingen, of: alleen geringe angst tijdens het uitvoeren van de dwanghandelingen.
- 2 = Matige angst: de angst zal toenemen, maar blijft hanteerbaar als de dwanghandelingen worden voorkomen, of: de mate van angst neemt toe maar

blijft hanteerbaar gedurende de uitvoering van de dwanghandelingen.

- 3 = Ernstige mate van angst: duidelijke, zeer hinderlijke toenemende angst als de dwanghandelingen vermeden worden, of: een duidelijke en zeer hinderlijke toename van angst tijdens de uitvoering van de dwanghandelingen.
- 4 = Extreme mate van angst: een alles overheersende mate van angst (de angst neemt paniekvormen aan) bij iedere poging die erop gericht is de activiteiten te veranderen, of: een alles overheersende vorm van angst ontstaat tijdens de uitvoering van de dwanghandelingen.

9. VERZET TEGEN DE DWANGHANDELINGEN

I: 'Hoeveel moeite doe je om tegen deze gewoonte te vechten?'

[Scoor alleen de moeite die gedaan wordt om zich te verzetten, niet het slagen of mislukken van de poging de dwanghandelingen onder controle te krijgen. De mate waarin de patiënt in staat is om weerstand te bieden tegen de dwanghandelingen hoeft niet overeen te stemmen met zijn/haar vermogen deze werkelijk onder controle te krijgen. Denk eraan dat dit item niet direct de ernst van de dwanghandelingen hoeft te meten: het is eerder een maat voor de gezondheidstoestand, dat wil zeggen de moeite die de patiënt doet om de dwanghandelingen tegen te gaan. Dus hoe meer de patiënt zich probeert te verzetten des te minder verstoord dit aspect van zijn functioneren is. Als de dwanghandelingen minimaal zijn, is het mogelijk dat de patiënt geen behoefte voelt zich te verzetten. In zulke gevallen moet de score van 0 gegeven worden.]

- 0 = Verzet zich altijd, of: de symptomen zijn zo onbeduidend dat verzet niet nodig is.
- 1 = Probeert meestal weerstand te bieden.
- 2 = Doet enige poging tot verzet.
- 3 = Geeft toe aan alle dwanghandelingen zonder pogingen te ondernemen ze onder controle te houden, maar dit gebeurt met enige tegenzin.
- 4 = Geeft volledig (willens en wetens) toe aan alle dwanghandelingen.

10. MATE VAN CONTROLE OVER DE DWANGHANDELINGEN

I: 'Als je het gevoel krijgt dat je iets moet gaan doen,' [hier even pauzeren], 'kun je het dan uitstellen of tegenhouden?' [Als de symptomen onbeduidend zijn kan de vraag hypothetisch gemaakt worden:] 'Stel dat je toch nog een keer het gevoel krijgt dat je iets moet doen, zou je het dan kunnen uitstellen of tegenhouden?'

[In tegenstelling tot item 9 over het verzet is het vermogen van de patiënt om controle uit te oefenen op de dwanghandelingen meer gerelateerd aan de ernst van de dwanghandelingen.]

- 0 = Geheel onder controle (of de symptomen zijn zo onbeduidend dat hier geen controle meer over uitgeoefend hoeft te worden).
- 1 = Sterk onder controle: voelt de neiging om de dwanghandelingen uit te voeren, maar is meestal in staat de dwanghandelingen onder controle te krijgen.

- 2 = Matige controle: er is sprake van een *sterke* druk tot uitvoering van de dwanghandelingen; de patiënt kan slechts met moeite controle daarover uitoefenen.
- 3 = Weinig controle: er is sprake van een *zeer sterke* druk om de dwanghandelingen uit te voeren en deze dienen volledig te worden afgemaakt/uitgevoerd; de patiënt kan uitstel slechts met moeite dulden.
- 4 = Geen controle: de dwanghandelingen worden ervaren als *geheel* onvrijwillig (de patiënt heeft totaal geen invloed op zijn/haar gedrag) en het is zelden mogelijk om zelfs maar even de handeling niet uit te voeren.

© Nederlandse vertaling en bewerking: E. de Haan, L. Wolters, Werkgroep OCS, De Bascule, AMC juli 2007

B.3 Obsessive Beliefs Questionnaire 44 CV

(*Obsessive Beliefs Questionnaire 44 CV*; vertaald en bewerkt door L.H. Wolters en E. de Haan, 2007)

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Mensen hebben veel verschillende gedachten en ideeën.

Op deze lijst staan verschillende van deze gedachten en ideeën beschreven.

Lees elke zin goed door en bedenk hoe vaak jij dat denkt of vindt.

Omcirkel bij elke zin het cijfer dat *het beste* bij jou past.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat over wat jij in het algemeen denkt of vindt.

- 1 Ik denk dat dingen gevaarlijk zijn.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 2 Als ik niet helemaal zeker van iets ben, zal ik waarschijnlijk een fout maken.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 3 Ik wil echt dat dingen altijd perfect zijn.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 4 Om een goed mens te zijn, moet ik perfect zijn in alles wat ik doe.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 5 Ik denk dat ik er steeds voor moet zorgen dat nare dingen niet meer gebeuren.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 6 Ik vind dat ik akelige dingen altijd moet voorkomen, wat ze ook zijn.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 7 Als ik denk aan slechte dingen doen, is dat net zo slecht als het echt doen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 8 Ik vind het fout als ik gevaar zie en er niets aan doe.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd

- 9 Als ik iets niet perfect kan doen, kan ik het beter maar helemaal niet doen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 10 Ik vind dat ik altijd mijn uiterste best moet doen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 11 Ik vind dat als ik iets doe, ik rekening moet houden met alles wat fout zou kunnen gaan.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 12 Ook als alleen nog maar piepkleine dingetjes niet goed zijn, vind ik dat mijn werk niet af is.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 13 Als er een gedachte in me opkomt om iemand van mijn familie pijn te doen, dan betekent het dat ik dat echt wil doen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 14 Ik kan pas kiezen als ik er helemaal zeker van ben.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 15 Als ik weet dat er nare dingen gebeuren en ik doe er niks aan, vind ik dat net zo slecht als zelf iets naars doen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 16 Ik moet altijd veel doen om ervoor te zorgen dat er geen nare dingen gebeuren (zoals ongelukken of ziektes).
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 17 Ik vind nare dingen niet voorkomen net zo erg als nare dingen veroorzaken.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 18 Ik vind dat ik ongelukkig (overstuur) zou moeten zijn als ik een fout maak.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 19 Ik moet ervoor zorgen dat anderen niet in grote problemen komen door wat ik doe.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 20 Ik vind dingen pas goed als ze helemaal perfect zijn.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd

- 21 Ik vind dat ik een slecht mens ben als ik slechte gedachten heb.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 22 Ik denk dat als ik niet supervoorzichtig ben, ik een naar ongeluk zal krijgen of veroorzaken.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 23 Ik voel me pas veilig als ik voorbereid ben op alles wat er maar fout kan gaan.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 24 Ik zou geen rare of gemene gedachten moeten hebben.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 25 Als ik een klein foutje maak, voelt het als een volledige mislukking.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 26 Ik moet alles precies begrijpen, ook dingen die eigenlijk niet zo belangrijk zijn.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 27 Als ik denk aan vloeken, vind ik dat even erg als echt vloeken.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 28 Ik vind dat ik vervelende gedachten uit m'n hoofd moet kunnen krijgen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 29 Ik denk dat ik anderen per ongeluk kwaad zou kunnen doen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 30 Als ik slechte gedachten heb, betekent dat dat ik gek of raar ben.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 31 Ik vind dat ik de beste moet zijn in alles wat ik leuk vind.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 32 Als ik een gemeen idee heb, betekent het dat ik dat echt wil doen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 33 Als ik ook maar een klein probleem veroorzaakt heb, vind ik dat toch heel erg en voel ik me schuldig.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd

- 34 Zelfs als ik voorzichtig ben, denk ik vaak dat er nare dingen zullen gebeuren.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 35 Als ik slechte gedachten heb, betekent het dat ik mezelf niet kan beheersen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 36 Ik denk dat als ik niet heel voorzichtig ben, er nare dingen zullen gebeuren.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 37 Ik moet net zolang met iets door blijven gaan totdat het helemaal goed is.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 38 Als ik agressieve gedachten heb, betekent dit dat ik mezelf niet meer kan beheersen en agressief zal worden.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 39 Ik vind het slecht van mezelf als ik iets heel naars niet tegenhoud.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 40 Ik denk dat anderen me niet aardig zullen vinden als ik mijn werk niet perfect doe.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 41 Alles is gevaarlijk.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 42 Ik vind dat iets slechts denken hetzelfde is als iets slechts doen.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 43 Wat ik ook doe, het zal nooit goed genoeg zijn.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd
- 44 Als ik mijn gedachten niet de baas kan zijn, zal ik gestraft worden.
 nooit bijna nooit soms vaak altijd

Heb je alles ingevuld? Bedankt!

B.4 Meta-Cognities

Vragenlijst - Adolescenten

(*Meta-Cognitions Questionnaire*, S. Cartwright-Hatton, A. Mather, V. Illingworth, J. Brocki, R. Harrington & A. Wells, 2003; vertaald door L.H. Wolters en E. de Haan, 2007).

Naam:

Datum:

Leeftijd:

Deze vragenlijst gaat over opvattingen die mensen hebben over hun gedachten. Hieronder staat een aantal van deze opvattingen. Lees elke opvatting goed door en bedenk in hoeverre jij het hiermee eens of oneens bent.

Het gaat over wat jij *in het algemeen* denkt.

Omcirkel bij elke opvatting het cijfer dat het beste aangeeft hoe jij denkt.

Er zijn geen goede of foute antwoorden.

	niet mee eens	een beetje mee eens	redelijk mee eens	heel erg mee eens
1 Piekeren helpt me om toekomstige problemen te vermijden.	1	2	3	4
2 Piekeren is slecht voor mij.	1	2	3	4
3 Ik denk veel na over mijn gedachten.	1	2	3	4
4 Ik zou mezelf ziek kunnen maken met mijn gepieker.	1	2	3	4
5 Als ik over een probleem nadenk, dan denk ik ook na over hoe ik daarover nadenk.	1	2	3	4

	niet mee eens	een beetje mee eens	redelijk mee eens	heel erg mee eens
6 Als ik een nare gedachte niet weg kan krijgen, dan is het mijn fout als die gedachte uitkomt.	1	2	3	4
7 Ik moet piekeren om de dingen in mijn hoofd op orde te houden.	1	2	3	4
8 Ik heb er weinig vertrouwen in dat ik woorden en namen goed kan onthouden.	1	2	3	4
9 Wat ik ook doe om het te stoppen, mijn gepieker gaat door.	1	2	3	4
10 Piekeren helpt me om dingen in mijn hoofd op een rijtje te zetten.	1	2	3	4
11 Ik kan mijn gepieker niet negeren.	1	2	3	4
12 Ik hou mijn gedachten in de gaten.	1	2	3	4
13 Ik zou altijd de baas moeten kunnen zijn over mijn gedachten.	1	2	3	4
14 Mijn geheugen kan mij wel eens misleiden.	1	2	3	4
15 Mijn gepieker zou me gek kunnen maken.	1	2	3	4

	niet mee eens	een beetje mee eens	redelijk mee eens	heel erg mee eens
16 Ik ben me voortdurend bewust van mijn gedachten.	1	2	3	4
17 Ik heb een slecht geheugen.	1	2	3	4
18 Ik denk goed na over hoe ik denk.	1	2	3	4
19 Piekeren helpt me bij het omgaan met moeilijke situaties.	1	2	3	4
20 Het is een teken van zwakte als ik niet de baas ben over mijn gedachten.	1	2	3	4
21 Als ik begin te piekeren, kan ik er niet meer mee stoppen.	1	2	3	4
22 Ik zal gestraft worden als ik bepaalde gedachten niet kan stoppen.	1	2	3	4
23 Piekeren helpt me om problemen op te lossen.	1	2	3	4
24 Ik ben er niet zo zeker van dat ik goed weet waar ik ben geweest.	1	2	3	4
25 Het is slecht om bepaalde dingen te denken.	1	2	3	4
26 Ik vertrouw mijn geheugen niet.	1	2	3	4

	niet mee eens	een beetje mee eens	redelijk mee eens	heel erg mee eens
27 Als ik mijn gedachten niet de baas zou kunnen zijn, zou het thuis en op school niet goed met me gaan.	1	2	3	4
28 Ik moet piekeren om goed te kunnen werken.	1	2	3	4
29 Ik ben er niet zo zeker van dat ik nog goed weet wat ik heb gedaan.	1	2	3	4
30 Ik denk voortdurend na over mijn gedachten.	1	2	3	4
Heb je alles ingevuld? Bedankt!	1	2	3	4

Literatuur

- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Allsop, M., & Williams, T. (1998). Intrusive thoughts in a non-clinical adolescent population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 25-32.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington DC: APA.
- Amir, N., & Kozak, M.J. (2002). Information processing in obsessive compulsive disorder. In: R.O. Frost & G.S. Steketee, *Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Theory, assessment and treatment*. Amsterdam: Pergamon.
- Andrés, S., Boget, T., Lázaro, L., Penadés, R., Morer, A., Salamero, M., & Castro-Fornieles, J. (2007). Neuropsychological performance in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and influence of clinical variables. *Biological Psychiatry*, 61, 946-951.
- Andrés, S., Lazaro, L., Salamero, M., Boget, T., Penades, R., & Castro-Fornieles, J. (2008). Changes in cognitive dysfunction in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder after treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 507-514.
- Arts, W., & Haan, E. de (2004). *De dwangstoornis*. Praktijkreeks Gedragstherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Barrett, P.M., & Healy, L.J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 285-299.
- Barrett, P., Healy-Farrel, L., & March, J.S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 46-62.
- Beers, S.R., Rosenberg, D.R., Dick, E.L., O'Hearn, K.M., Birmaher, B., & Ryan, C.M., (1999). Neuropsychological study of frontal lobe function in psychotropic-naive children with obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 156, 777-779.
- Benazon, N.R., Ager, J., & Rosenberg, D.R. (2002). Cognitive behavior therapy in treatment naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 529-539.
- Berg, C.J., Whitaker, A., Davies, M., Flament, M.F., & Rapoport, J.L. (1988). The survey form of the Leyton Obsessional Inventory - Child Version: Norms from an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 759-763.
- Bloch, M.H., Peterson B.S., Scahill, L., Otko, J., Katsovich, L., Zhang, H., & Leckman, J.F. (2006). Adulthood Outcome of Tic and Obsessive-Compulsive

- Symptom Severity in Children With Tourette Syndrome. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 65-69.
- Bögels, S.M., & Arntz, A. (1996). Persoonlijkheidsstoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie deel 3* (p. 242-264). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
 - Cartwright-Hatton, S., Mather, A., Illingworth, V., Brocki, J., Harrington, R., & Wells, A. (2004). Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire - Adolescent Version. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 411-422.
 - Cath, D.C., Woerkom, T.C.A.M. van, & Bruggeman, R. (2004). De samenhang tussen tics, drang en dwang: een vergelijking van het syndroom van Gilles de la Tourette met de obsessieve-compulsieve stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 305-316.
 - Coles, M.E., Heimberg, R.G., Frost, R.O., & Steketee, G. (2005). Not just right experience and obsessive compulsive features: experimental and self monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 153-167.
 - Eichstedt, J.A., & Arnold, S.L. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clinical Psychology Review*, 21, 137-158.
 - Emmelkamp, P.M.G. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders. New York: Plenum Press.
 - Evans, D.W., Leckman, J.F., Carter, A., Reznick, J.S., Henshaw, D., King, R.A., & Pauls, D. (1997). Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development*, 68, 58-68.
 - Flament, M.F., Whitaker, A., Rapoport, J.L., Davies, M., Berg, C.Z., Kalikow, K., Sceery, W., & Shaffer, D. (1988). Obsessive-compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
 - Flament, M.F., Koby, E., Rapoport, J.L., Berg, C.J., Zahn, T., Cox, C., Denckla, M., & Lenane, M. (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 363-380.
 - Frost, R.O., & Steketee, G.S. (Eds.) (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Theory, assessment, and treatment*. Amsterdam: Pergamon.
 - Geller, D.A., Biederman, J., Griffin, S., Jones, J., & Lefkowitz, T.R. (1996). Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1637-1646.
 - Geller, D.A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., Hagermoser, Kim, G., Frazier, J.A., & Coffey, B.J. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents and adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 471-477.
 - Geller, D.A., Biederman, J., Faraone, S.V., Cradock, K., Hagermoser, L., Zaman, N., Frazier, J.A., Coffey, B.J., & Spencer, T.J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with obsessive compulsi-

- ve disorder: fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 52-58.
- Geller, D.A., Biederman, J., Stewart, S.E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S.V. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1919-1928.
 - Haan, E. de, & Verbraak, M. (1993). Exposure voor dwanggedachten? *Directieve Therapie*, 13, 49-56.
 - Haan, E. de, Huysen, C., & Boer, F. (2005). De dwangstoornis bij kinderen en adolescenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 229-239.
 - Haan, E. de, Krol, Y., & Wolters, L. (2007). Behandeling van de dwangstoornis: na het protocol. *Kind en Adolescent Praktijk*, 6, 50-56.
 - Hanna, G.L. (1995). Demographic and clinical features in obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
 - Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179, 324-329.
 - Holzer, J.C., Goodman, W.K., McDougle, C.J., Baer, L., Boyarsky, B.K., Leckman, J.F., & Price, L.H. (1994). Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic tic disorder. A comparison of symptoms in 70 patients. *British Journal of Psychiatry*, 164, 469-473.
 - Hoogduin, C.A.L., & Hoogduin, W. (1984). The outpatient treatment of patients with an obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 22, 455-459.
 - Ivarsson, T., & Melin, K. (2008). Autism spectrum traits in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 969-978.
 - Kaldenbach, Y. (2005). Cognitieve therapie bij een veertienjarige angstige adolescent zonder vermijdingsgedrag. *Kind en Adolescent Praktijk*, 4, 4-13.
 - Kellerman, J.K. (1981). Hypnosis as an adjunct to thought-stopping and covert reinforcement in the treatment of homicidal obsessions in a twelve-year-old boy. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 128-135.
 - Kuelz, A.K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological Psychology*, 65, 185-236.
 - Leonard, H.L., Goldberger, E.L., Rapoport, J.L., Cheslow, D.L., & Swedo, S.E. (1990). Childhood rituals: normal development or obsessive compulsive symptoms? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 17-23.
 - Leonard, H.L., Swedo, S.E., Lenane, M.C., Rettew, D.C., Hamburger, S.D., Bartko, J.J., & Rapoport, J.L. (1993). A 2- to 7- year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
 - Linden van den Heuvel, C. van, & Emmelkamp, P. (1987). Nachtmerries en night terrors. *Directieve Therapie*, 7, 277-300.

- Kolada, J.L., Bland, R.C., & New, S.C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 376, 24-35.
- Leckman, J.F., Walker, D.E., & Cohen, D.J. (1993). Premonitory urges in Tourette syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150, 98-102.
- Leckman, J.F., Walker, D.E., Goodman, W.K., Pauls, D.L., & Cohen, D.J. (1994). 'Just right' perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 151, 675-680.
- March, J.S. (2007). *Talking back to OCD*. New York/London: The Guilford Press.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C., & Arcangeli, F. (2006). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 42-47.
- McDougle, C.J., Kresch, L.E., Goodman, W.K., Naylor, S.T., Volkmar, F.R., Cohen, D.J., & Price, L.H. (1995). A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 772-777.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M.O., Demonfaucon, F., Barrot, I., Bourdel, M.C., Olié, J.P., Loo, H., & Hantouche, E.G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 79, 241-246.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Nestadt, G., Lan, T., & Samuels, J., e.a. (2000). Complex segregation analysis provides compelling evidence for a major gene underlying obsessive-compulsive disorder and for heterogeneity by sex. *American Journal of Human Genetics*, 67, 1611-1616.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- O'Kearny, R.T., Anstey, K.J., & von Santen, C. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 18, CD004850.
- Oppen, P. van (1999). Cognitieve therapie bij dwangstoornis. In: S.M. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pauls, D.L., Towbin, K.E., Leckman, J.F., Zahner, G.E., & Cohen, D. (1986). Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1180-1182.
- Pauls, D.L., Alsobrook, J.P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J.F. (1995). A family study of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 76-84.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive behavior therapy, sertraline and their combination for children and adolescents with obsessi-

- ve compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 292, 1969-1976.
- Peterson, B.S., Pine, D.S., Cohen, P., & Brook, J.S. (2001). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 685-695.
 - Piacentini, J., Bergman, R.L., Jacobs, C., McCracken, J., & Kretchman, J. (2002). Open trial of cognitive-behavioral therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 207-219.
 - Pietrefesa, A.S., & Evans, D.W. (2007). Affective and neuropsychological correlates of children's rituals and compulsive-like behaviours: Continuities and discontinuities with obsessive-compulsive disorder. *Brain and Cognition*, 65, 36-46.
 - Purdon, C., & Clark, D.A. (1993). The need to control thoughts. In: R.O. Frost & G.S. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Theory, assessment, and treatment*. Amsterdam: Pergamon.
 - Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
 - Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New York: Prentice-Hall.
 - Rassin, E., & Muris, P. (2006). Abnormal and normal; obsessions: a reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1065-1070.
 - Reinders, M., & Visser, S. (1997). Gedragsexperimenten binnen de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 1, 13-30.
 - Rosario-Campos, M.C. do, Leckman, J.F., Mercadante, M.T., Shavitt, R.G., Prado, H.S., Sada, P., Zamgnani, D., & Miguel, E.C. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1899-1903.
 - Rosario-Campos, M.C. do, Leckman, J.F., Curi, M., Quatrano, M., Katsovitch, L., Miguel, E.C., David, L., & Pauls, D.L. (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 136, 92-97.
 - Rosenberg, D.R., MacMaster, F.P., Mirza, Y., Easter, Ph.C., & Buhagiar, C.J. (2007). Neurobiology, neuropsychology, and neuroimaging of child and adolescent obsessive-compulsive disorder. In: E.A. Storch, G.R. Geffken & T.K. Murphy, *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
 - Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
 - Salkovskis, P.M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
 - Savage, C.R. (1998). Neuropsychology of obsessive compulsive disorder: Research findings and treatment implications. In: M.A. Jenike, L. Baer, & W.E. Minichiello (Eds.), *Obsessive compulsive disorders: Practical Management*. St Louis: Mosby.

- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwigging-Hardin, M. Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D., & Leckman, J. (1997). Children's Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852.
- Sica, C., Coradesch, J.D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., & Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 291-307.
- Siebelink, B.M., & Treffers, Ph.A.D. (2001). *Adis-C: Nederlandse bewerking van Anxiety Disorders interview Schedule for DSM-IV*. Amsterdam: Swets Test Publishers.
- Silverman, W.K., & Albano, A.M. (1996). *The anxiety disorder interview schedule for DSM-IV - Child and parent version*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Sobin, C., Blundell, M.L., & Karayiorgou, M. (2000). Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 373-379.
- Stewart, S.E., Geller, D.A., Jenike, M., e.a. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 4-13.
- Storch, E.A., Murphy, T.K., Geffken, G.R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., Roberti, J.W., Killiany, E.M., & Goodman, W.K. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Research*, 129, 91-98.
- Swedo, S.E., Rapoport, J.L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical Phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Taylor, S. (2002). Cognitions in obsessive compulsive disorder: an overview. In: R.O. Frost & G.S. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Theory, assessment, and treatment*. Amsterdam: Pergamon.
- Toro, J., Cervera, M., Osejo, E., e.a. (1992). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1025-1037.
- Turner, C.M. (2006). Cognitive-behavioural theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 26, 912-938.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, Ferdinand, R.F., & Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Watson H.J., & Rees, C. (2008). Meta-analysis of randomised, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 489-498.
- Weiner, I.B. (1967). Behavior therapy in obsessive-compulsive neurosis: treatment of an adolescent boy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, 27-29.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Meta-cognitions

Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.

- Wit, C. de, & Braber, M. (2005). Smoezelig en dus niet vies. Cognitieve technieken bij de behandeling van kinderen en adolescenten met een dwangstoornis. *Kind en Adolescent Praktijk*, 4(2), 84-90.

Aanbevolen literatuur

Professionals

- Arts, W., & Haan, E. de (2004). *De dwangstoornis*. Praktijkreeks Gedragstherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Denys, D., & Geus, F. de (red.) (2007). *Handboek obsessieve-compulsieve spectrumstoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Storch, E.A., Geffken, G.R., & Murphy, T.K. (2007). *Handbook of child and adolescent obsessive compulsive disorder*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Jongeren en ouders

- Wells, J. (2007). *Een dictator in mijn kop* (oorspronkelijke titel: Touch and go Joe. An adolescence experience of OCD). Amsterdam, Nieuwezijds.
- Baer, L. (2002). *Alles onder controle*. Amsterdam, Nieuwezijds.

Patiëntenorganisaties

- Angst Dwang en Fobie (ADF) Stichting
tel.: 0900- 2008711
e-mail: info@adfstichting.nl
website: www.adfstichting.nl
- Obsessive Compulsive Foundation (OCF) www.ocfoundation.org

Over de auteurs

Dr. Else de Haan is bijzonder hoogleraar Cognitieve Gedragstherapie bij kinderen en adolescenten bij de afdeling Pedagogiek en Onderwijskunde van de Universiteit van Amsterdam, het Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie de Bascule en het AMC te Amsterdam.

Drs. Lidewij H. Wolters is orthopedagoog en promovendus, werkzaam bij de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het AMC en het Academisch Centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie De Bascule, Amsterdam.

Register

A

ADHD 15

afsluitende sessie 87

angst, verdwijnen van 33

autisme 29

B

beëindigen van de behandeling 62

behandeling 30

- beëindigen 62

- mislukt 64

- onderzoek naar effectiviteit 17

- uitleggen 71

behandelprotocol, per sessie 68

behandeltechniek

- anders omgaan met de gedachten 48

- beelden veranderen 49

- exposure en responspreventie 37

- voor gedachten 49

- cognitieve interventies 41

- gedragsexperimenten 47

- droog oefenen 58

- helpende gedachten 42

- nuanceren 45

- nuttige straf voor dwanggedachten 50

- puntenprogramma 59

- registratie 51

- research 44

- risicoprofiel 44

- stel dat 47

- tegenargumenten 43

- try it out 47

- voor en tegen 44

belonen 56

C

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, *zie* CY-BOCS

cognitieve gedragstherapie 8, 17

cognitieve interventies 41

cognitieve verklaringsmodel 19

comorbiditeit 15
conditionering 18
controleren 11
CT-scan 20
CY-BOCS 24, 64, 70, 72, 79, 80, 86, 87, 90, 98
- invullen 72
- scoreformulier 98

D

dagklinische behandeling 65
depressie 28
- behandeling staken 65
diagnostiek 22
differentiële diagnose 26
droog oefenen 58
dwangbeelden, vervangen 49
dwanggedachte, *zie ook* obsessie 12, 36
- behandeling van 41
dwanghandelingen 10 *zie ook* dwangrituelen
dwangrituelen
- behandelen 37
- inventariseren 35

E

eetstoornis 28
egodystoon 11
epidemiologische gegevens 15
erfelijkheid 16
etiologie 16
evidence based behandelen, *zie* cognitieve gedragstherapie
executieve functies, definitie 20
exposure en responspreventie (ERP) 30, 37
- hiërarchie maken 38, 74
- sessie 2 en verder 74
- voor gedachten 49

F

fMRI 20
follow-up 18, 88

G

gedragstherapeut 68
gedragstherapie, cognitieve 17, 18

gezinsparticipatie 53
Gilles de la Tourette 26

H

helpende gedachten, behandeltechniek 42
huiswerk 40
- bespreken 73, 76, 78, 81
- niet gedaan 56

J

jonge kinderen 38, 42, 50, 54, 56
just right experience 14, *zie ook* not just right experience

K

kennismaking 70
klachten
- goeddeels verdwenen 62
- inventarisatie 35, 71
- terugkomen van 62
- toenemende 66
- uitleggen 32
klassieke conditionering 17
klinische behandeling 65

L

leegte, opvullen 53
levensaspecten, aandacht voor 53
Leyton Obsessional Inventory 26

M

magische rituelen 12
medicatie 17, 64, 80, 82
meetinstrumenten 24
Meta-Cognitions Questionnaire 25, 104
mislukken van behandeling 64
motiveren 52
Mowrer, tweefasenmodel 18

N

neuropsychologische disfunctie 20
not just right experience (NJR) 14, 23, 27, 30, 37, 71, 98
nuanceren, behandeltechniek 45
nuttige straf 50, 53, 57, 86

O

obsessie 10, 12, *zie ook* dwanggedachte
Obsessive Beliefs Questionnaire 25, 100
oefenen 39
- droog 58
- niet gedaan 56
oorzaken dwangstoornis 16
ouderparticipatie 53
ouders, niet meewerkende 60

P

pervasieve ontwikkelingsstoornis 29
premonitory urge 14, 26
puntenprogramma 59
problemen tijdens behandeling 56

R

Rationale van de behandeling 33
registratie 51, 73
- formulier 40, 52
research, behandeltechniek 44
risicoprofiel, behandeltechniek 44
ritueel gedrag 10

S

schema dwangstoornis 32
schizofrenie 28
smetvrees, behandeling 45
stel dat, behandeltechniek 47
stoppen van behandeling 62
straf, *zie* nuttige straf
suïcidaliteit 65
syndroom van Gilles de la Tourette 26

T

tegenargumenten, behandeltechniek 43
terugval, stappen 63
terugvalpreventie 62
tics 15, 26, 29
try it out, behandeltechniek 47

V

verklaringsmodellen 18

vermijdingsgedrag 10, 23, 30, 36

vervolgessies 86

voor en tegen, behandeltechniek 44

vragen stellen, dwangritueel 12, 33, 39