



Baas over mijn dwang!

CGT behandel module om een dwangstoornis te overwinnen

Colofon

Deze module is ontwikkeld door Endang Rizzi bij GGZ Rivierduinen Kristal. Voor de ontwikkeling is subsidie verleend door Nuts Ohra (FNO zorg voor kansen) aan GGZ Rivierduinen Kristal. Hoewel dit boek zorgvuldig is samengesteld, aanvaarden de auteurs noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en onvolkomenheden in dit boek, dan wel door ondeskundig gebruik. Deze module is eigendom van GGZ Rivierduinen, afdeling Kristal. Bij het gebruik van deze module is bronvermelding verplicht.

Auteur: Drs. E.S. Rizzi

Ontwerp omslag en illustraties: MMMZ, Mischka Zeldenrust

Uitgave: GGZ Rivierduinen Kristal, Leiden

Copyright © 2017 GGZ Rivierduinen, Kristal (tekst), Mischka Zeldenrust (illustraties)



Inhoud

Voorwoord

1. Introductie

- 1.1 De obsessieve–compulsieve stoornis, algemeen
- 1.2 De obsessieve–compulsieve stoornis bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking
- 1.3 Cognitieve modellen van de obsessieve–compulsieve stoornis
- 1.4 Cognitieve gedragstherapie bij mensen zonder verstandelijke beperking

2. Psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking

- 2.1 Afstemmen op volwassen cliënten met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking, algemeen
- 2.2 Cognitieve gedragstherapie bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking
- 2.3 Effectiviteit van CGT bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking en een obsessieve compulsieve stoornis
- 2.4 Richtlijnen voor effectieve interventies bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking

3. Systeem en netwerk

- 3.1 Sociale context
- 3.2 Inzet van het systeem

4. Doel en plaatsbepaling

- 4.1 Doel
- 4.2 Doelgroep
- 4.3 Plaats van de CGT-behandelmodule in het zorgprogramma
- 4.4. Profiel van de behandelaar

5. Achtergronden van de CGT-behandelmodule “Baas over de dwang”

6. Toelichting per hoofdstuk

Literatuur

Bijlagen

Voorwoord

Over het algemeen wordt aangenomen dat mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking drie tot vier maal zoveel kans hebben op het ontwikkelen van psychopathologie. De noodzaak voor effectieve behandelingen is evident.

In de afgelopen jaren is een toename aan studies naar de effectiviteit van verschillende behandelvormen voor uiteenlopende psychiatrische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking te zien. Een groot deel van deze onderzoeken is gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij uiteenlopende psychiatrische stoornissen. De resultaten zijn veelbelovend en laten zien dat CGT een effectieve behandeling is bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking.

Desondanks zijn er echter nog nauwelijks geprotocolleerde behandelingen beschreven voor deze specifieke doelgroep. De vraag hiernaar is groot. Om in deze behoefte te voorzien is met subsidie van het Nuts Ohra fonds een CGT-protocol voor de dwangstoornis bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking ontwikkeld.

Het CGT-protocol wat voor u ligt, is nog niet onderzocht op zijn effectiviteit. Onze wens zou zijn dat er in de (nabije) toekomst onderzoek opgezet gaat worden naar de effectiviteit van dit protocol bij mensen met een dwangstoornis en zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking.

1 Introductie

Inleiding

Het Sociaal en Cultureel Planbureau schat dat circa 15% van de bevolking een IQ < 85 heeft. Wanneer er bij deze groep daarnaast sprake is van een beperkt adaptief functioneren, spreken we over zwakbegaafdheid (IQ 70–85), licht verstandelijke beperking (IQ 50/55–70), matig verstandelijke beperking (IQ 35/40–50/55), dan wel ernstige verstandelijke beperking (IQ < 35/40). Deze behandelmodule richt zich op de groep mensen met zwakbegaafdheid of licht verstandelijke beperking, voortaan ZB/LVB genoemd.

1.1 Obsessieve–compulsieve stoornis, algemeen

Bij mensen met een obsessieve–compulsieve stoornis (OCS) of dwangstoornis staan steeds terugkerende dwanggedachten en dwanghandelingen centraal.

Dwanggedachten (obsessies) zijn gedachten, ideeën of beelden die steeds terugkeren en aanhouden. Deze obsessies roepen angst en spanning op. De obsessies worden over het algemeen als intrusief, onvrijwillig en verwerpelijk ervaren. Uit onderzoek komt naar voren dat nare, ongewenste, intrusieve gedachten ook voorkomen bij mensen zonder een obsessieve–compulsieve stoornis. Deze intrusieve gedachten verschillen weinig met die van mensen met een obsessieve–compulsieve stoornis, echter leiden ze niet, zoals bij mensen met een dwangstoornis, tot een verstoring van de stemming en toename van angst (Verbaak, Hoogduin & Keijsers, 2011). Dwanggedachten wijken af van gepieker, wat inhoud en vorm betreft. Piekeren gaat over werkelijke dagelijkse problemen. Gepieker wordt als egosyntoon beleefd en obsessies als egodystoon. Er zijn drie veel voorkomende thema's die vaak gezien worden bij de obsessies: schade aanbrengen of agressie, ongewenste seksuele en ongewenste godlasterlijke gedachten, besmettingen en de angst dat iemand iets overkomt.

Zeker 90% van de cliënten met een obsessieve–compulsieve stoornis heeft zowel last van dwanggedachten als dwanghandelingen (Verbaak et al., 2011).

Dwanghandelingen (compulsies) zijn in feite de reactie op een dwanggedachte, zelfs als de dwanghandelingen in de loop der jaren een soort van gewoonte zijn geworden. Via de dwanghandelingen tracht de cliënt de dwanggedachten te beheersen, te onderdrukken of te neutraliseren. Dwanghandelingen zijn terugkerende handelingen die op een stereotype wijze uitgevoerd moeten worden.

Er is een onderscheid te maken tussen coverte (in gedachten) en overte (zichtbare) dwanghandelingen. Het doel van de dwanghandelingen is om de bedreigende situatie of gebeurtenis die is ingegeven door de dwanggedachte, te voorkómen. Het effect van een dwanghandeling is de neutralisatie van het vermeende gevaar, en dus een afname van de spanning. Dwanghandelingen zijn in tegenstelling tot dwanggedachten 'vrijwillig' van aard, echter de toepassing is weinig realistisch of overdreven ten aanzien van de situatie.

De meest voorkomende dwanghandelingen zijn in 4 categorieën in te delen: de poetsers (was- en schoonmaakdwang), de rumineerders (herhalingsdwang), de checkers (controledwang) en de tellers (teldwang). De verschillende dwanghandelingen kunnen in elkaar overgaan of naast elkaar voorkomen. Om te spreken van een obsessieve-compulsieve stoornis moeten de dwanggedachten en dwanghandelingen beperkend zijn voor het dagelijks functioneren. Vaak zijn ze dit ook voor de omgeving van de cliënt. Tevens dient de cliënt meer dan een uur per dag bezig te zijn met zijn dwanggedachten of dwanghandelingen, om de diagnose OCS volgens de DSM-IV te mogen stellen. Daarnaast is er dikwijls sprake van vermijding van situaties of mensen met als doel het voorkomen dat obsessies zullen optreden. In de DSM- V zijn de criteria voor het stellen van OCS gelijk met de criteria in de DSM-IV, echter wordt meer nadruk gelegd op de mate van inzicht van de cliënt.

Comorbiditeit bemoeilijkt het diagnosticeren en het behandelen van een persoon met OCS. Uit onderzoek blijkt dat OCS vaak samen voorkomt met depressie, sociale fobie en alcoholverslaving (Douglas, Moffit, Dar, Mcgee & Sila, 1995), maar ook met Gilles de la Tourette (Rosario- do Compos, Leckman, Curi, Qattrano, Katsovich, Miguel & Pauls, 2005) en een autisme spectrumstoornis (Davis, Saeed & Antanocci, 2008). Samenvattend gaat het bij de dwangstoornis om de aanwezigheid van angst- en/of spanningsopwekkende dwanggedachten die worden gevolgd door overte of coverte dwanghandelingen om de angst en de spanning te reduceren.

In epidemiologisch onderzoek wordt de lifetime prevalentie van de obsessieve-compulsieve stoornis bij mensen zonder verstandelijke beperking op 2.3% geschat (Van Oppen & Van Balkon, 2001).

1.2 Obsessieve–compulsieve stoornis bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking

Volgens Richards, Maughan en Hardy (2001) komen angststoornissen bij mensen met ZB/LVB vaker voor dan bij mensen zonder verstandelijke beperking. Mensen met ZB/LVB zijn wellicht meer kwetsbaar voor het ontwikkelen van angststoornissen dan de niet verstandelijk beperkte populatie (Pruijssers, Van Meijel & Van Achterberg, 2011). Er zijn verschillende factoren aan te wijzen die de kwetsbaarheid verhogen bij deze populatie:

- Genetische factoren
- Hechtingsproblemen
- Beperkte coping vaardigheden als gevolg van de beperkte cognitieve vermogens
- Slachtoffer zijn van meer ingrijpende life–events en traumatische gebeurtenissen.

De dwang om bepaalde activiteiten of handelingen te herhalen komt veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking. Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt dan ook veelal gesproken van ‘dwangmatig gedrag’. Dwangmatig gedrag betekent niet per definitie dat er sprake is van een obsessieve–compulsieve stoornis. Om deze reden is het van belang om goede multidisciplinaire diagnostiek te verrichten naar de aard van de dwang. Pruijssers, Van Meijel, Maaskant, Nijssen en Van Achterberg (2014) hebben in hun onderzoek laten zien dat er een relatie te vinden is tussen gedragsproblemen en angsten bij ZB/LVB. Deze relatie is echter complex en niet causaal. Om deze reden pleiten zij dan ook voor multidisciplinaire meerdimensionale diagnostiek en hebben een richtlijn opgesteld voor de diagnostiek naar angststoornissen bij mensen met ZB/LVB.

Van de hand van Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First is in 2007 een aanpassing verschenen van de DSM–IV–TR aan mensen met een verstandelijke beperking, de Diagnostic Manual–Intellectual Disability (DM–ID). Bij de toepassing van DSM–IV–TR criteria van angststoornissen op mensen met een verstandelijke beperking plaatst de DM–ID de volgende algemene kanttekeningen: houd er rekening mee dat angststoornissen een verscheidenheid aan uitingsvormen kunnen hebben. Er is een gelijkenis tussen de uitingsvormen bij kinderen en bij mensen met een verstandelijke beperking van hetzelfde ontwikkelingsniveau. Door de verscheidenheid aan uitingsvormen voldoen angststoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking niet altijd aan de criteria zoals beschreven in de DSM–IV–

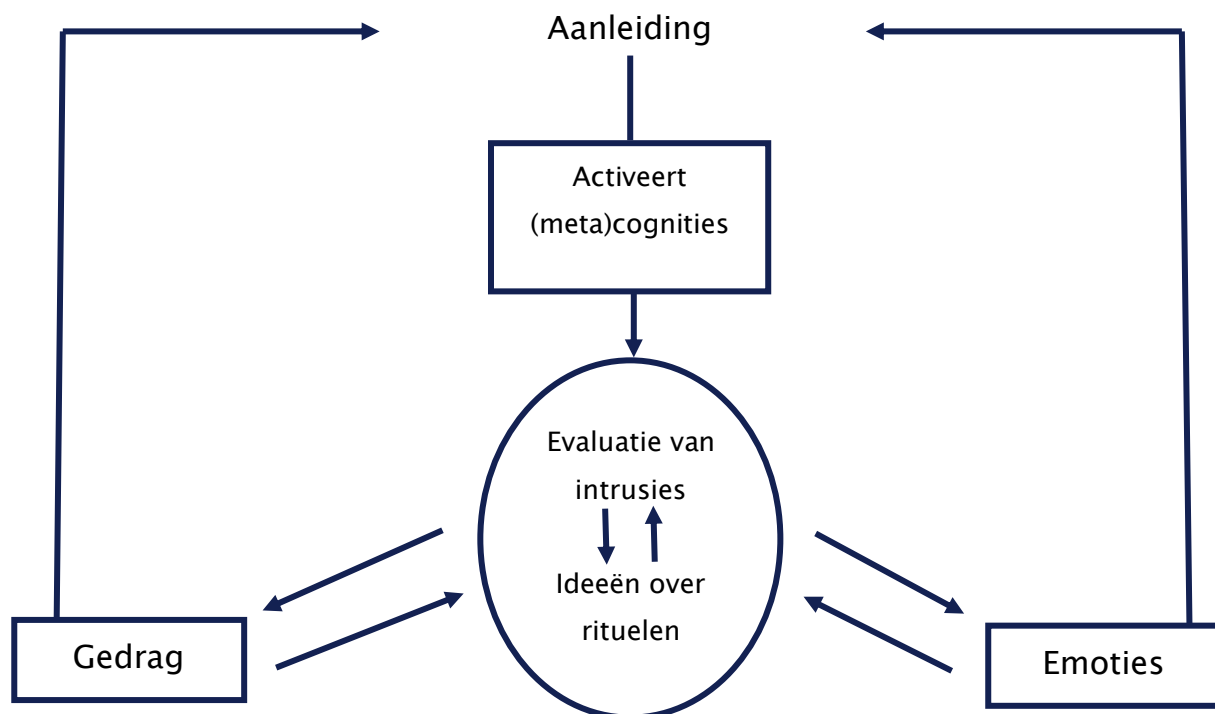
TR. Dit geldt met name voor mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking. Verder wordt gezien dat bij mensen met ZB/LVB de klachten, dwanggedachten en dwanghandelingen, meer egosyntoon dan egodystoon worden ervaren.

Prevalentiecijfers van volwassenen met ZB/LVB en angststoornissen verschillen van 14 tot 26.8% (Davis, Saeed & Antanocci, 2008). Comorbiditeit met angststoornissen en gedragsproblemen komt significant vaker voor bij mensen met ZB/LVB, waarbij niet duidelijk is of de gedragsproblemen leiden tot de angststoornis of andersom (Pruijssers et al., 2014).

1.3 Cognitieve modellen van de obsessieve–compulsieve stoornis

Verbraak, Hoogduin en Keijsers (2012) benoemen dat er oorspronkelijk twee leertheoretische paradigma's ten grondslag zouden liggen aan het ontstaan en in stand houden van angststoornissen, namelijk de klassieke en operante conditionering, gebaseerd op de tweefactorentheorie van Mowrer. Angst, klassiek geconditioneerd, als gevolg van een traumatische gebeurtenis zou leiden tot het ontstaan van ontsnappingsgedrag zoals dwanghandelingen. Dit zou vervolgens leiden tot een reductie van angst op de korte termijn, echter een versterking van de angst op de lange termijn. Op dit moment is er weinig wetenschappelijke evidentie (Verbraak et al., 2012) dat dit leertheoretische paradigma ten grondslag ligt aan de obsessieve compulsieve stoornis. Er is meer evidentie voor de operante conditionering, die een rol speelt in het ontstaan en in stand houden van de intrusies en obsessies. Salkovskis (1985) heeft een cognitief verklarende model ontwikkeld voor de dwangstoornis, waarbij er naast exposure en responspreventie aanvullende interventies werden toegevoegd om de denkpatronen te doorbreken. Het model van Salkovskis (1985) gaat ervan uit dat de dwangklachten beginnen bij intrusies: vervelende, ongewenste gedachten die in iemands bewustzijn binnen dringen en waar geen controle over is. Deze intrusies komen over het algemeen voor in de vorm van een vraag en worden bij een dwangstoornis negatief geëvalueerd. Deze negatieve automatische gedachten hebben dikwijls hun oorsprong in disfunctionele, vaak al langer bestaande, (jeugd)overtuigingen van de cliënt. Deze negatieve overtuigingen hebben een voorspellende lading dat er een ramp zal optreden. Vervolgens activeren deze negatieve overtuigingen het verantwoordelijkheidsgevoel van de cliënt om de ramp te voorkomen. De disfunctionele overtuigingen en negatieve automatische gedachten roepen angst

op. Deze vergroten op hun beurt de aandacht op intrusies. Beïnvloeding van de disfunctionele opvattingen en negatieve automatische gedachten over de kans op gevaar staan centraal in de cognitieve therapie. Tevens is er aandacht voor de denkfouten die mensen met een obsessieve–compulsieve stoornis veelal hebben. Het model van Salkovskis (1985) heeft steun gevonden. In de jaren erop zijn er aanvullingen en accentverschuivingen gedaan op dit model door oa. Freeston en Wells (Verbraak et al., 2011). Wells (2003) gaat uit van het volgende cognitief model van de obsessieve–compulsieve stoornis en vormt de basis voor de protocollaire behandeling van deze stoornis, vorm gegeven door Verbraak et al. (2011).



Figuur 1 Cognitieve model van Wells voor de obsessieve compulsieve stoornis



1.4 Cognitieve gedragstherapie, de uitgangspunten

Uitgaande van het model van Wells (2003) omvat de cognitieve gedragstherapie de volgende elementen: exposure en responspreventieopdrachten, cognitieve interventies en gedragsexperimenten (Verbraak et al., 2011). Al deze interventies hebben gemeenschappelijk dat ze gericht zijn op het onderzoeken van de irrealistische disfunctionele gedachten en verwachtingen. Er wordt niet ingezet op het afleren van deze irrealistische verwachtingen. Binnen de behandeling worden alternatieve, niet angstwekkende, meer realistische verwachtingen bijgeleerd, waardoor de angst en onrust afnemen. De interventies zorgen ervoor dat nieuwe, neutrale en meer positievere representaties kunnen ontstaan. Door het herhaaldelijk uitdagen van de oude representaties en het oefenen met de nieuwe representaties, worden de nieuwe representaties steeds meer in het geheugen ingesleten. Uit divers onderzoek is naar voren gekomen dat exposure en responspreventie de meest krachtige interventies zijn (Verbraak et al., 2011). De cognitieve interventies werken daarbij drempelverlagend zodat de cliënt ook meer bereid is om tot exposure en responspreventie over te gaan. De cognitieve interventies faciliteren de kans op succesvolle exposure en responspreventie. Het omgekeerde geldt eveneens: exposure en responspreventie leiden tot ontkrachting van de disfunctionele opvattingen.

2 Psychotherapie bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking

Inleiding

Vanaf het begin van de jaren 90 van de vorige eeuw, zien we een toename van artikelen die aantonen dat psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking mogelijk is (Peters, 2009). Doorgaans betreft het gevalsbeschrijvingen, er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar het effect van (CGT)behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking.

Een behandeling als psychotherapie bij deze populatie staat bijna nooit op zichzelf, maar zal ingebed zijn in een bredere context waarbij aandacht is voor alledaagse belastende en stressvolle factoren (Vuijk, 2013).

Bij de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking moet met het volgende rekening worden gehouden:

- Mensen met een verstandelijke beperking hebben meer tijd nodig om zich nieuwe informatie eigen te maken. Het tempo van de behandeling moet daarom lager liggen en meer herhalingen bevatten. Over het algemeen zullen er dus ook meer zittingen nodig zijn.
- Stappen richting verandering (zoals exposure en gedragsexperimenten) moeten zo concreet mogelijk en in kleine stappen worden uitgewerkt.
- De mogelijkheden tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid zijn beperkter. De houding van de therapeut dient daarom actief en directief, sturend en grenzen stellend te zijn.
- Er dient aandacht te zijn voor generalisatie en transfer. Het systeem (familie, verzorgers en begeleiders) moet nadrukkelijker betrokken worden bij de behandeling. Vaardigheden die in de therapie geleerd worden, moeten in de thuissituatie geoefend worden.
- Mensen met een verstandelijke beperking hebben moeite met zelfstandig huiswerkopdrachten maken.
- De opdrachten en de te volgen stappen moeten voor in de thuissituatie worden gevisualiseerd.
- Psychosociale problemen.

Dit vraagt als therapeut creativiteit. Het is belangrijk om aan te sluiten bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt, waarbij er rekening gehouden moet worden dat er contact is met een volwassen persoon.

2.1 Afstemmen op volwassen cliënten met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking, algemeen

Afstemmen op de cognitieve ontwikkelingsleeftijd

Psychotherapie wordt bij mensen met ZB/LVB ingezet. Volgens Piaget bevinden mensen met zwakbegaafdheid zich cognitief gezien in het formeel-operationele stadium. Zij zijn wel in staat abstract te redeneren, maar zijn hierin met name trager. Mensen met een licht verstandelijke beperking bevinden zich cognitief gezien in de concreet-operationele fase. Logisch oorzaak-gevolg denken en symbolisch denken is mogelijk, al hebben zij moeite met abstract denken. In psychotherapie kunnen concrete situaties besproken worden. Mensen, cognitief functionerend op het niveau van tenminste groep 6 van de basisschool, kunnen profiteren van psychotherapie, mits er gebruik wordt gemaakt van eenvoudig geschreven taal (Vuijk, 2013).

Afstemmen op de sociale ontwikkelingsleeftijd

Cliënten met een ZB/LVB hebben een beperkt vermogen tot sociale verantwoordelijkheid. Door gebrek aan abstract denken en moeite hebben met het interpreteren van complexe informatie kan het moeilijk zijn om zich in sociale situaties of groepen staande te houden, terwijl ze wel sociaal geaccepteerd en competent willen zijn (Vuijk, 2013). Het afstemmen op en invoelen van intenties van de ander is beperkt en daardoor worden sociale interacties ook bemoeilijkt. Van de psychotherapeut wordt dan een leidende en coachende, steunende en betrokken houding verwacht.

Afstemmen op de emotionele ontwikkeling

Dikwijls is er sprake van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel bij mensen met ZB/LVB. De sociaal-emotionele ontwikkeling is vaak achtergebleven bij de cognitieve ontwikkeling. Er is een verschil in willen en (aan)kunnen (Došen, 2005). Niet anders dan bij de behandeling bij mensen functionerend op normaal begaafd intelligentieniveau, is het belangrijk om te zorgen voor een veilig therapeutisch klimaat. Dit kan bewerkstelligd worden door aan te sluiten bij het tempo van de

cliënt, door het opbouwen van een vertrouwensrelatie en door valideren en complimenteren en consequent en duidelijk te zijn. Bij de mensen met ZB/LVB dient hier extra aandacht en tijd voor te zijn.

2.2 Cognitieve gedragstherapie bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking

Sams, Collins en Reynolds (2006) hebben onderzoek verricht naar de mogelijkheden bij mensen met ZB/LVB voor cognitieve therapie. Zij concluderen dat het discrimineren in emoties afhankelijk is van de hoogte van het IQ van een persoon en diens verbale capaciteiten. Verder concluderen zij, in tegenstelling tot wat in algemeenheid wordt aangenomen, dat visuele cues geen invloed hebben op de mate van discrimineren tussen gedachten, gevoel en gedrag.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt ingezet bij mensen met ZB/LVB om inzicht te krijgen in zichzelf, in eigen meningen, overtuigingen en emoties, en om controle te krijgen over emoties en te leren om te ontspannen (Došen, 2005). Het doel van de CGT behandeling is verandering in het psychisch welbevinden en/of gedrag te bereiken door een verandering in het denken en denkprocessen te bewerkstelligen. Doorgaans worden dezelfde cognitief gedragstherapeutische interventies toegepast als bij de normaal begaafde populatie, echter wel in sterk vereenvoudigde vorm. Procedures die doorgaan worden gebruikt zijn onder andere psycho-educatie, cognitieve herstructurering en het leren ontdekken van verbanden tussen cognities, emoties en gedrag (De Koning & Collin, 2007). Voorwaarden voor het toepassen van CGT bij mensen met ZB/LVB zijn vereenvoudigd taalgebruik, het werken met kleine stappen en waarborgen dat generalisatie naar de thuissituatie kan plaatsvinden (Didden, 2006).

Whitehouse, Tudway, Look & Stenfert Kroese (2006) hebben een vergelijkend literatuuronderzoek gedaan naar CGT en psychodynamische psychotherapie bij deze populatie. De grootste en meest effectieve aanpassing blijkt het flexibel kunnen zijn als therapeut, het in kunnen spelen op de behoeftes van de cliënt.

2.3 Effectiviteit van CGT bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking en een obsessieve–compulsieve stoornis

De laatste jaren wordt toenemend onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij mensen met ZB/LVB. Uit studies blijkt dat interventies, die gebaseerd zijn op cognitief gedragstherapeutische principes positieve effecten in de behandeling van ZB/LVB–jeugdigen laat zien (Zoon, 2012). Omdat onderzoeken naar de effectiviteit veelal met pre–posttest en N=1 designs zijn uitgevoerd, kunnen er geen onomstotelijke conclusies worden getrokken over het effect van de behandeling. Uit de onderzoeken en uit de klinische praktijk lijkt het erop dat interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes en interventies gericht op intensieve samenwerking met de ouders/omgeving het meest effectief zijn (Zoon, 2012). Uit een meta–analysestudie van Vereenoghe en Langdon (2013) komt naar voren dat CGT als behandelmethode bij mensen met een ZB/LVB redelijk effectief is in de behandeling van agressieproblematiek en depressie. Tevens komt uit deze meta–analyse naar voren dat individuele therapie effectiever is dan groepsbehandelingen. Gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij specifiek een obsessieve–compulsieve stoornis heeft nog niet plaatsgevonden.

Nog weinig is bekend over de specifieke factoren die de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij mensen met ZB/LVB in positieve zin beïnvloeden. De werkzaamheid wordt bepaald door diverse factoren, zoals expressieve en receptieve taalvaardigheden, herkennen en benoemen van emoties, het in volgorde kunnen plaatsen van emoties en onderscheid kunnen maken tussen gebeurtenissen, cognities en emoties. Uiteraard spelen factoren als motivatie, zelfinzicht en beleving van de eigen competentie hier eveneens een rol in. Er zijn sterke aanwijzingen dat de “doe–elementen” (rollenspel, oefeningen, gedragsexperimenten, ontspanningstechnieken) bij een cognitieve gedragstherapie meer bijdragen aan de effectiviteit van de therapie dan de “denk–elementen” (Willner, 2005). Tevens benadrukt Willner (2005) dat er voldoende tijd besteed dient te worden aan het motiveren van de cliënt, opdat de kans van slagen van de behandeling vergroot wordt.

In een case–studie (Davis et al., 2008) wordt een CGT behandeling bij een jongen met OCS, autisme en een licht verstandelijke beperking beschreven. Exposure–

opdrachten en responspreventieopdrachten waren de belangrijkste onderdelen van de behandeling. Ouders werden nauw betrokken bij de behandeling. Willner (2005) geeft eveneens het advies om het systeem nauw te betrekken bij de behandeling, waardoor de behandeling effectiever verloopt. Aan het einde van de behandeling, na ongeveer 5 maanden, waren OCS-klachten sterk afgenomen.

Recent heeft er onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), derde stroming binnen de cognitieve gedragstherapie, bij mensen met ZB/LVB, gediagnosticeerd met een depressieve- of angststoornis (Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle & Albany, 2015). De resultaten zijn veelbelovend. Cliënten met ZB/LVB profiteren van een gestructureerde MBCT-groepsbehandeling. De klachtenreductie is blijvend bij 6 weken follow-up. Uit dit onderzoek wordt gezien dat zowel depressieve symptomen als angstsymptomen sterk afnemen. Deze studie onderschrijft dat psychotherapie bij mensen met ZB/LVB zeker effectief is.

2.4 Richtlijnen voor effectieve interventies bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking

De Wit, Moonen en Douma (2011) hebben op verzoek van het Landelijk Kenniscentrum LVG richtlijnen opgesteld voor effectieve interventies bij ZB/LVB-jeugdigen. Een zestal mogelijk werkzame factoren in de behandeling bij ZB/LVB-jeugdigen worden door hen gegeven. Het is niet ondenkbaar dat deze factoren eveneens van toepassing zijn op volwassenen met ZB/LVB. Vuijk (2013) baseert zich voor een groot deel eveneens op deze richtlijn.

Uitgebreide diagnostiek

Vanwege de grote diversiteit aan cognitieve vermogens en het niveau van het sociaal-emotionele functioneren wordt ervoor gepleit om gedegen multidisciplinaire diagnostiek volgens het integratieve model van Došen (2005), uit te voeren, alvorens over te gaan tot behandeling. De diagnostiek geeft richting aan de behandeling. Daarbij is het van belang om functie- en betekenisanalyses op te stellen om goed zicht te krijgen op de dynamiek van de klachten. Tevens is dit het vertrekpunt en geeft het aangrijpingspunten voor de behandeling.

Afstemmen van de communicatie

Mensen met ZB/LVB hebben een beperkt werkgeheugen. Het werkgeheugen slaat informatie op en bewerkt deze informatie. Ook het taalgebruik en taalbegrip blijft

achter (de Wit et al., 2011). Vanwege de beperkte woordenschat en de moeite met (verbale)informatieverwerking door het beperkte werkgeheugen, wordt aangeraden om de communicatie af te stemmen door taalgebruik te vereenvoudigen, na te gaan of de persoon de informatie wel heeft begrepen en visuele ondersteuning te gebruiken.

Concreet maken van de oefenstof

Door het beperkte werkgeheugen is het abstract denken bij deze populatie moeilijk. Leren vindt daardoor veelal plaats middels concrete ervaringen (De Wit et al., 2011). Het is belangrijk bij deze populatie om veel voorbeelden te gebruiken die aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt, het zichtbaar maken van de oefenstof en de cliënt te laten leren door te ervaren.

Voorstructureren en vereenvoudigen

Mensen met ZB/LVB hebben moeite met het structureren van informatie en met het scheiden van hoofd- en bijzaken. De richtlijn raad daarom aan de oefenstof en de informatie voor te structureren en te vereenvoudigen om zo het werkgeheugen niet te overbelasten. Het is van belang dat de therapeut de cliënt meer externe sturing geeft, meer structuur hanteert en de oefenstof vereenvoudigt, doseert en ordent. Hierbij moet meer tijd worden gereserveerd vanwege de langzamere verwerking van informatie en vanwege de moeite met het houden van overzicht en langdurige concentratie (de Wit, 2011).

Netwerk en generalisatie

Doordat cliënten met ZB/LVB langdurige zorg nodig hebben en afhankelijk zijn van de ondersteuning van anderen, is het noodzakelijk om het sociaal netwerk (familie, ouders, partner, begeleiding) te betrekken bij de behandeling. Het netwerk is nodig om hetgeen geleerd is binnen de therapie te generaliseren naar andere situaties en omgevingen (de Wit et al., 2011).

Veilige en positieve leeromgeving

Een veilige en positieve leeromgeving wordt door de therapeut gecreëerd door veel aandacht te besteden aan de werkrelatie tussen cliënt en therapeut. Hierbij is het belangrijk om aan te sluiten bij de fase van motivatie van de cliënt voor verandering.

3 Systeem en netwerk

Inleiding

Zoals eerder kort benoemd, is het bij deze doelgroep van groot belang om de omgeving, het sociaal netwerk, te betrekken bij de behandeling. Een belangrijk verschil met de hulpverlening vanuit de reguliere GGZ is dat bij de behandeling van mensen met ZB/LVB een groot beroep wordt gedaan op het systeem (familie, opvoeders, begeleiders). Dit wordt in eerste instantie gedaan door het geven van psycho-educatie en door het systeem te betrekken bij de behandeling.

3.1 Sociale context

Bij de behandeling speelt de sociale context een belangrijke rol. Enkele studies tonen bijvoorbeeld aan dat er vaak sprake is van een hoog niveau aan (negatieve) emotionele expressies van begeleiders naar cliënten met ernstige psychopathologie. Dergelijk gedrag van begeleiders en familie verhoogt de kans dat de cliënt meer gedragsproblemen vertoont (Didden et al., 2008; Jahoda et al., 2009). Daarnaast is de sociale context van belang voor de mate van generalisatie; in hoeverre hetgeen geleerd is in de individuele therapie, daadwerkelijk gegeneraliseerd wordt naar het dagelijks leven door de cliënt.

De familie en begeleiders zijn vaak niet alleen onderdeel van het therapeutisch traject, maar vormen ook het element waarop de behandeling is gericht. Een gedragsverandering bij de cliënt wordt dan bewerkstelligd door eveneens het veranderen van het gedrag van familie of begeleider.

3.2 Inzet van het systeem

Zoals eerder genoemd wordt in de behandeling bij mensen met ZB/LVB zowel een beroep gedaan op de cliënt zelf als op het systeem.

Het systeem dient op de volgende wijze betrokken te worden in het behandeltraject:

Psychoeducatie

Aan het systeem moet uitgebreide informatie worden gegeven betreffende de psychiatrische stoornis van de cliënt, maar ook dient er informatie gegeven te worden over het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Dit heeft zowel betrekking op het cognitieve als op het sociaal-emotionele niveau van de cliënt. Tevens is er aandacht voor in stand houdende factoren.

Generaliseren

Het systeem dient actief betrokken te worden bij de behandeling. Dit kan door bijvoorbeeld het systeem in de behandelkamer uit te nodigen samen met de cliënt. Op deze wijze ziet het systeem wat de behandelaar toepast, zodat het systeem dit kan toepassen in het dagelijks leven. Verder is het van belang dat het systeem de cliënt ondersteunt bij het maken van huiswerk wat binnen de hoofdstukken gegeven wordt. Ook kan zij in het dagelijks leven gedragsexperimenten ondersteunen. Dit vergt van zowel de behandelaar als het systeem nauwe samenwerking. Het systeem wordt als co-behandelaar betrokken bij de behandeling.

Indien er geen steunsysteem aanwezig is om de rol als co-behandelaar op zich te kunnen nemen, is het wenselijk om naast de therapeut een aparte ambulante behandelaar in te zetten. De taak van deze behandelaar is het bevorderen van de generalisatie van hetgeen binnen de behandeling wordt geleerd naar het dagelijks leven. Daarnaast ondersteunt hij de cliënt bij de (huis)werkopdrachten en signaleert eventuele belemmeringen voor de behandeling. In deze context wordt gedacht aan een cognitief gedragtherapeutisch medewerker, een verpleegkundige of (sociaal) begeleider met CGT-kennis.

4 Doel en plaatsbepaling van de behandeling

4.1 Doel

De doelen van deze behandelmodule zijn het opbouwen van de therapeutische relatie, inzicht geven in de problematiek, afname van de dwanghandelingen en het verkleinen van de kans op terugval.

4.2 Doelgroep

Deze CGT-behandelmodule voor dwangklachten is ontwikkeld voor individueel gebruik voor mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking en een dwangstoornis. Het is denkbaar dat deze module, met enige aanpassingen, ook gebruikt kan worden voor groepsbehandelingen.

4.3 Plaats van de CGT-behandelmodule in het zorgprogramma

De CGT-behandelmodule voor de dwangstoornis is een onderdeel van het zorgprogramma Stemming-, Angst,- en Somatoforme stoornissen (SAS) en ZB/LVB dat binnen Kristal (Rivierduinen) is ontwikkeld.

Deze behandelmodule kan worden aangeboden aan alle cliënten met ZB/LVB bij wie een dwangstoornis is gesteld, nadat er multidisciplinaire diagnostiek volgens het integratieve model van Došen heeft plaatsgevonden. Onze ervaring vanuit de praktijk is dat de behandeling het best aansluit bij mensen met een IQ van ongeveer 65 of hoger. Dit sluit aan bij de in 2.1 beschreven bevindingen dat mensen, cognitief functionerend op het niveau van tenminste groep 6 van de basisschool, het meest kunnen profiteren van psychotherapie.

In samenspraak met de cliënt wordt besloten of er in eerste instantie wordt gestart met de CGT-behandelmodule of met farmacotherapie. Voorafgaand aan de start van de behandeling wordt altijd psycho-educatie gegeven aan zowel de cliënt als diens systeem. Mochten de klachten onvoldoende opklaren gedurende de behandeling dan kan er gekozen worden om ofwel de CGT-behandelmodule, ofwel farmacotherapie toe te voegen, wat afhankelijk is van met welke behandelmodule is gestart.

4.4 Profiel van de behandelaar

De CGT-behandelmodule kan gegeven worden door:

- Cognitief gedragstherapeuten die lid zijn van de VGCT
- GZ-psychologen die voldoende kennis en ervaring hebben met CGT
- GZ-psychologen i.o. onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut of GZ-psycholoog
- Cognitief gedragstherapeuten i. o.
- Geregistreerde cognitief gedragstherapeutisch medewerkers onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut

Daarnaast is het van belang dat de behandelaar ervaring en affiniteit heeft met deze doelgroep.

5 Achtergronden van de CGT-behandelmodule “Baas over de Dwang”

Deze behandelmodule is gebaseerd op de protocollaire CGT-behandelmodule van Verbraak et al. (2011), die binnen de reguliere GGZ wordt gehanteerd. Gezien het lagere sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkelingsniveau van deze doelgroep is eveneens gebruik gemaakt van het behandelprotocol Bedwing je Dwang, ontwikkeld door de Haan en Wolters (2009). Dit behandelprotocol is ontwikkeld voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar, echter kan ook met enige aanpassingen toegepast worden bij jongere kinderen vanaf ongeveer 8 jaar.

Beide behandelprotocollen zijn gericht op het stoppen van dwangrituelen en het veranderen van cognities door middel van exposure, responspreventie en cognitieve herstructurering. De behandeling duurt gemiddeld 3 tot 4 maanden, afhankelijk van de hoeveelheid dwangrituelen. Er is wekelijks een sessie van drie kwartier.

Naar beide protocollen heeft effectstudie plaatsgevonden, welke positieve resultaten laten zien.

Deze behandelmodule is gericht op de volgende aspecten:

- Psychoeducatie aan cliënt en diens systeem
- Exposure opdrachten
- Responspreventie
- Cognitieve herstructurering (o.a. gedachten uitdagen).
- Terugvalplan

6 Toelichting per hoofdstuk

Daar waar hij staat, kan zowel zij gelezen worden.

Hoofdstuk 1: Kennismaking, afname vragenlijsten, uitleg van de behandeling en doelformulering

Benodigdheden

- Vragenlijsten: SQ48 (zie bijlage 1), CY-BOCS (zie bijlage 2), Meta-cognitions questionnaire (zie bijlage 3), Obsessive Beliefs questionnaire (zie bijlage 4) en cliëntthermometer (zie bijlage 5)
- Gekleurde kaartjes

Uitleg van de behandeling

Leg uit dat een aantal vragenlijsten afgenomen wordt om de klachten bij de start van de behandeling in kaart te brengen. Aan het einde van de behandeling zullen deze vragenlijsten opnieuw afgenomen worden om het verloop van de klachten te kunnen evalueren. Hiervoor kan een algemene klachtenlijst, zoals de SQ48, gebruikt worden. Deze is te vinden in de bijlage.

Ondersteun de cliënt bij het invullen van de vragenlijsten door bijvoorbeeld de vragenlijst voor te lezen of het woordgebruik te vereenvoudigen.

Vertel dat de behandeling uit een aantal onderdelen bestaat. Hier wordt later in de behandeling uitgebreid bij stil gestaan. Stip hier wel aan wat de onderdelen zijn:

- Informatie over de obsessieve-compulsieve stoornis
- Dwanghandelingen doorbreken
- Dwanggedachten uitdagen

Leg uit dat dit een Doe-behandeling is. Naast de afspraken op kantoor zal er veel geoefend moeten worden thuis en zal er huiswerk meegegeven worden in elke sessie. Bespreek vervolgens wie de cliënt kan ondersteunen in het doen van de oefeningen en het huiswerk (partner, familielid, begeleider). Het is belangrijk om het systeem goed in te lichten over de principes achter deze behandeling en de

oefeningen. In dit geval is het raadzaam om het systeem nauw te betrekken bij de behandeling door het systeem apart te informeren.

Indien er geen personen uit het eigen steunsysteem betrokken kunnen worden bij de behandeling als co-behandelaar, kan er een extra hulpverlener vanuit de eigen organisatie toegevoegd worden, indien dit mogelijk is. Het is belangrijk dat deze hulpverlener kennis heeft van CGT. De co-behandelaar kan de cliënt ondersteunen in het oefenen, huiswerk maken en speelt een grote rol in het generaliseren en herhalen van hetgeen binnen de sessies op kantoor besproken wordt.

Doelformulering/opstellen van doelen

Gebruik hiervoor de gekleurde kaartjes of laat de cliënt de doelen in het werkboek opschrijven. Beide zijn uiteraard ook mogelijk.

Het concreet bepalen van de doelen is van belang zodat de cliënt wordt gestimuleerd na te denken over een toekomst waarin het probleem zich niet meer of minder voordoet. Vanuit de oplossingsgerichte therapie zijn vragen ontwikkeld opdat de cliënt gestimuleerd wordt om naar de toekomst te kijken.

De wondervraag

Voorbeelden om de wondervraag te stellen:

‘Je gaat vannacht slapen en er gebeurt een wonder. Door dat wonder zijn de dwanghandelingen weg. Wat is er dan morgen veranderd? En wat nog meer? En wat doe jij dan anders?’

‘Als je drie wensen zou mogen doen, wat wens je dan?’

Overige vragen om het doel concreet te maken

‘Wat is je doel?’

‘Wat is een goed resultaat voor jou?’

‘Wat wil je voor het probleem (dwanghandelingen) in de plaats?’

‘Wat wil je kunnen doen als je klaar bent met de behandeling?’

‘Waar hoop je op?’

‘Wanneer kunnen we stoppen om elkaar te zien?’

Hoofdstuk 2: Uitleg over de obsessieve–compulsieve stoornis

Benodigdheden

Whiteboard/flip- over en stiften

Informatie over een obsessieve–compulsieve stoornis.

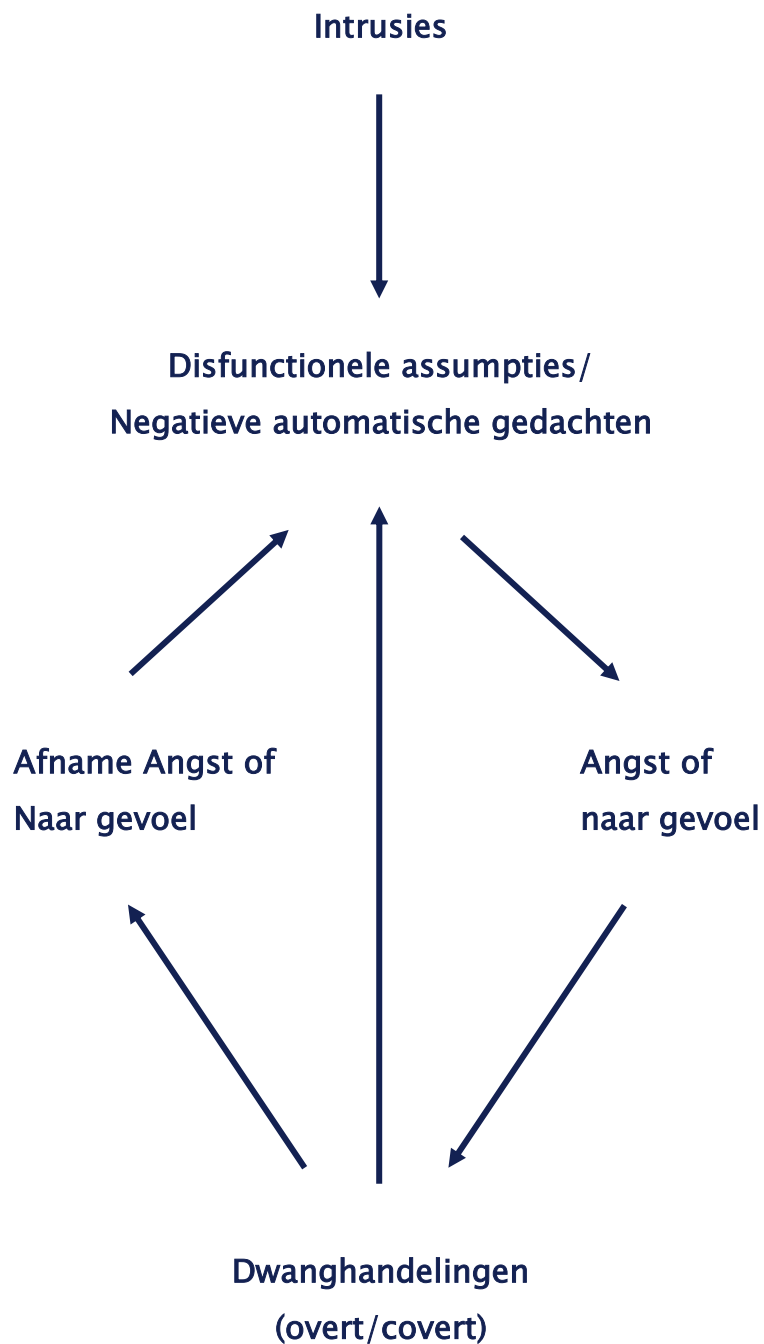
Deze sessie staat vooral in het teken van psycho–educatie. Het is van belang om steeds bij de cliënt na te gaan of deze de informatie heeft begrepen.

In de uitleg naar de cliënt kan in eerste instantie het werkboek gevolgd worden. Voor de therapeut is onderstaande informatie belangrijk als referentiekader.

Bij cliënten met een obsessieve–compulsieve stoornis staan de dwanghandelingen en de dwanggedachten centraal. De *dwanggedachten* (obsessies) zijn ideeën of beelden die steeds terugkeren. Deze zijn ongewild en worden als egodystoon ervaren door cliënten zonder verstandelijke beperking. Bij mensen met een verstandelijke beperking worden de dwanggedachten veel vaker als egosyntoon ervaren. Tevens kunnen zij de dwanggedachten minder concreet uitleggen, wat de functie is van de dwanggedachte. Deze dwanggedachten zijn, naast dat zij telkens terugkeren, aanhoudend en roepen angst op. Ze worden ervaren als intrusief. Voorbeelden van veelvoorkomende dwanggedachten zijn: zorgen maken over familieleden, zorgen over vuil en bacteriën en gevaren van besmetting of infecties. Verder zijn er zorgen over inbraken, het uitbreken van een brand of een andere ramp. Ook zijn er dwanggedachten of men iets wel goed heeft afgehandeld terwijl de persoon eigenlijk wel weet dat het in orde is, godslasterlijke gedachten bij een religieus persoon, het idee dat sommige voorwerpen op een bepaalde plaats moeten staan en het overmatig zorgen maken over het optreden van bepaalde (onhoorbare) geluiden, woorden, cijfers of beelden.

Dwanghandelingen (compulsies) vormen in feite de reactie op een dwanggedachte, zelfs als de dwanghandelingen in de loop der jaren een soort van gewoonte zijn geworden. Via de dwanghandelingen probeert de cliënt de dwanggedachten te beheersen, te onderdrukken of te neutraliseren.

Bij de uitleg kan gebruik gemaakt worden van het cognitieve verklaringsmodel van OCS van Salkovskis (1985):



Het kan zijn dat de cliënt tevens medicamenteus behandeld wordt. Ga hier kort met de cliënt op in, echter verwijst met name voor vragen betreffende de medicatie naar de psychiater/arts die de medicatie voorschrijft.

NB: het is mogelijk dat binnen de sessie onvoldoende tijd is om alles te bespreken. Er kan dan gekozen worden om een deel naar de volgende sessie door te schuiven.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

Besteed hier voldoende tijd aan, zodat de cliënt ook merkt dat dit een wezenlijk en belangrijk onderdeel is van de behandeling. Ga op mogelijke obstakels in, probeer daar samen een oplossing voor te vinden.

- Motiveer de cliënt om de sessie van vandaag nogmaals door te nemen.
- Laat de cliënt als huiswerk zijn eigen lijst met dwanggedachten en dwanghandelingen opstellen. De cliënt zou eventueel gebruik kunnen maken van de voorbeelden die in het werkboek worden gegeven (blz. 12 in het werkboek).

Hoofdstuk 3: Angst en vermijding

Benodigheden

Whiteboard/flip-over en stiften

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar de vorige sessie over is gegaan. Mochten er onduidelijkheden of vragen zijn dan kan de therapeut verder toelichting geven.
- Er moet ruim tijd besteed worden aan het nabespreken van het huiswerk, de eigen lijst met dwanghandelingen en dwanggedachten. Hierdoor ervaart de cliënt dat het belangrijk en zinvol is om thuis de opdrachten te doen. Tevens is deze lijst het aanknopingspunt om in de behandeling verder te gaan.

De inventarisatie van de dwanghandelingen dient gedetailleerd te zijn. Alle afzonderlijke *rituelen* moeten doorgesproken worden.

Denk hierbij aan:

Hoe wordt gecontroleerd? Laat de cliënt gedetailleerd vertellen. Nog beter is om de cliënt de dwanghandeling voor te laten doen.

Hoe wordt geneutraliseerd? Moet de cliënt bijvoorbeeld na een verontrustende gedachte een zin uitspreken om het “goed” te maken? Hoe vaak moet dit? Moet de cliënt zijn handen wassen? Hoe lang, etc.

Waar en wanneer en in welke situatie treden de dwanghandelingen op?

Is er vermijdingsgedrag? Worden bepaalde activiteiten niet meer gedaan opdat er niet meer gecontroleerd hoeft te worden? Trekt de cliënt de mouwen bijvoorbeeld over de handen waardoor vuil en dus handen wassen vermeden wordt? Wordt iemand uit het systeem gevraagd bepaalde handelingen uit te voeren of juist achterwege te laten?

Welke dwanghandelingen zijn er? Waarom worden de dwangrituelen gedaan? Wat zou er gebeuren als de dwangrituelen achterwege gelaten worden?

Informatie: angst en vermijding

Deze sessie gaat in op vermijding bij angst. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verstandige vermijding bij angst en de vermijding die niet meer functioneel

is bij een obsessieve–compulsieve stoornis. Hiermee wordt de cliënt er ook op voorbereid dat hij de vermijding gaat doorbreken.

Oefeningen: vermijding

Bespreek samen met de cliënt een eigen voorbeeld waarin hij een situatie heeft vermeden. Deze situatie hoeft niet perse betrekking te hebben op een situatie waarin dwanggedachten of dwanghandelingen optreden. Dit is vooral een oefening waarin de cliënt leert dat er voor en nadelen aan vermijding kleven.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

Laat de cliënt het hoofdstuk van vandaag nog eens thuis doornemen.

Besteed vervolgens voldoende tijd aan het samen bespreken hoe het registratieformulier wordt ingevuld. De eerder door de cliënt opgestelde lijst met eigen dwanghandelingen/dwanggedachten is hierbij uitgangspunt. De registratie zal zich in eerste instantie richten op de dwanghandelingen, omdat deze in de regel eenvoudiger te zijn om te herkennen door de cliënt. Bij het bespreken van de registratie, dienen de volgende zaken aan bod te komen:

- Welke dwanghandelingen of dwanggedachten worden er geregistreerd?
- Op welke momenten wordt er geregistreerd?
- Dient de tijd geregistreerd te worden of juist de frequentie?
- Indien de dwanghandelingen de hele dag door plaatsvinden, dan kan de sample-methode toegepast worden: op één of twee vaste uren van de dag wordt de frequentie of de duur van de dwanghandeling bijgehouden. De uren waarop geregistreerd wordt dienen wel representatief te zijn voor de ernst of de duur van de dwanghandeling over de hele dag. Deze methode voorkomt dat de cliënt de hele dag door moet registreren.
- Een andere variant om het registreren te verlichten, is de cliënt niet alle dwanghandelingen te laten registreren. Met de cliënt wordt afgesproken twee representatieve dwanghandelingen te gaan registreren. Wanneer er zowel overte dwanghandelingen als cognitieve dwanghandelingen (covert) zijn, dan dient het de voorkeur om eerst alleen de overte dwanghandelingen te registreren, omdat dit in de regel eenvoudiger is.
- Geef de verschillende dwanghandelingen een verschillende kleur, opdat de cliënt direct overzicht heeft hoe vaak een bepaalde dwanghandeling voorkomt.

Hoofdstuk 4: Anders gaan Doen (1)

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de dwanghandelingen op bij te houden (zie bijlage 7)
- Formulier 'Ander gedrag' (zie bijlage 9)
- Kaartjes in het formaat van een bankpasje

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar de vorige sessie over is gegaan.
- Bekijk samen met cliënt het registratieformulier van de dwanghandelingen.
- Introduceer de grafiek. Vertel hierbij aan de cliënt dat deze grafiek aan het begin van elke sessie in het vervolg ingevuld gaat worden. Hierop worden de registraties van de dwanghandelingen genoteerd.

Informatie

Dit hoofdstuk borduurt voort op het voorgaande hoofdstuk. Er wordt nogmaals het verband gelegd tussen dwanggedachten en dwanghandelingen, en dat de dwanghandelingen de dwanggedachten op hun beurt in stand houden. Hierdoor worden de dwanggedachten ook niet gecorrigeerd.

Tevens wordt nogmaals het verband benadrukt dat het doen van dwanghandelingen de dwanggedachten en het akelige gevoel neutraliseert. Dit is echter op de korte termijn. Op de lange termijn is het juist in stand houdend.

Oefening: maken van kaartjes 'Ander Gedrag'

Er wordt nu de overstap gemaakt naar exposure in vivo en responspreventie. Maak samen met de cliënt met behulp van de registratieopdracht van de dwanghandelingen en het vermijdingsgedrag 'kaartjes'. Op elk kaartje wordt aan de ene zijde de dwanghandeling/ritueel beschreven. Aan de andere zijde wordt het gewenste gedrag zo concreet mogelijk opgeschreven. Dit is de feitelijke exposure en responspreventieopdracht.

Er worden zowel kaartjes met moeilijke als makkelijke opdrachten gemaakt.

De moeilijkheid ligt hem vooral in de veronderstelling van de cliënt dat de gevreesde ramp optreedt bij het uitvoeren van de opdracht (of juist nalaten van de

dwanghandeling). Sommige dwanghandelingen zullen niet in één keer opgegeven worden. Deze zouden ook in stapjes opgedeeld kunnen worden.

Voorbeelden van kaartjes met dwanghandelingen zijn:

- Lamp toilet: het licht uit doen en niet meer teruglopen om te kijken of het uit is.
- Deurknoppen: de deur dichtdoen en daarna niet meer handen wassen
- Fornois: kijken of knoppen goed staan, niet meer aan en uitdraaien.
- Fornois: stoppen na 5 keer gas aan- en uitdraaien.
- Asbak: niet meer 's avonds met water vullen.

Voorbeelden van kaartjes voor het doorbreken van vermijdingsgedrag zijn:

- Deurknoppen: zelf de deurknop met de volle hand vastpakken en daarna niet de handen wassen.
- Lamp: zelf het licht uit doen en daarna niet controleren
- Asbak: gewoon roken 's avonds en de asbak niet meer met water

Indien de tijd van de sessie onvoldoende is om alle exposure en responspreventie opdrachten te maken, zou dit in de volgende sessie vervolgd kunnen worden.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het registreren van de dwanghandelingen zoals eerder is afgesproken.
- De volgende stap is om de cliënt te motiveren tot het uitvoeren van de opdrachten. Bedenk hierbij dat het voor cliënten een zeer moeilijke en zware stap is. Stel dus niet te hoge eisen aan de cliënt. Voorkom te grote stappen. Begin liefst zo makkelijk mogelijk voor de cliënt. Elke stap en elke afspraak dient uitgebreid met de cliënt doorgesproken te worden. Neem als therapeut geen genoegen met een 'ik ga het proberen' van de cliënt. Maak de stappen dan kleiner.

Bereid de cliënt ook voor dat bij het uitvoeren van de opdrachten de spanning of angst kan toenemen. Vermeld hierbij dat dit ook zo hoort. De angstige opvatting wordt namelijk geactiveerd. Het gaat er juist om dat de cliënt deze spanning en angst doorstaat en toetst of de vrees uit komt. Daarmee kan de cliënt uiteindelijk van zijn klachten af komen.

- Introduceer het formulier voor Ander gedrag. Laat de cliënt deze bijhouden vooraf en achteraf nadat hij de opdracht heeft uitgevoerd.

Hoofdstuk 5: Anders gaan Doen (2)

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de dwanghandelingen op bij te houden (zie bijlage 7)
- Kaartjes in het formaat van een bankpasje

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar de vorige sessie over is gegaan.
- Bespreek de registraties en vul de grafiek voor dwanghandelingen in.
- Besteed aandacht aan de uitgevoerde opdrachten. Als het niet is gelukt of gedeeltelijk, probeer te achterhalen hoe dit komt. Er zijn dikwijls legitieme redenen waarom het cliënten niet lukt om het huiswerk te doen (te moeilijk, toch niet helemaal begrepen of te angstig voorafgaand aan het oefenen).
- Als het niet is gelukt kan besproken worden wie de cliënt hierbij kan helpen.
- Benadruk opnieuw het belang van exposure en responspreventie. Niet toegeven aan de angst leidt uiteindelijk tot kunnen toetsen van de achterliggende opvattingen en daarmee het verdwijnen van de angst.

Informatie

Er wordt geen nieuwe informatie gegeven.

Oefening: maken van kaartjes Ander gedrag

Indien de kaartjes nog voltooid moeten worden, bespreek die en stel dan de aanvullende kaartjes op.

Let erop dat bij responspreventieopdrachten de cliënt zijn heil niet gaat zoeken in subtiel vermijdingsgedrag. Zo kan bijvoorbeeld de opdracht zijn om na het aanraken van de deurknop geen handen meer te wassen. Dit kan ontdoken worden door naar het toilet te gaan als handen wassen na het gebruik van het toilet wel toegestaan is. Blijf alert op dergelijke vormen van vermijding. Maak hiervan eventueel een nieuw kaartje als dit te sprake komt.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het registreren van de dwanghandelingen.
- Geef de cliënt als huiswerk mee om 3 maal te oefenen met 1 of 2 kaartjes. Indien een opdracht de voorgaande sessie niet was gelukt, wordt deze opnieuw als huiswerk meegegeven.

Vraag telkens aan de cliënt of hij de opdracht aan kan. Bij twijfel, dient er een makkelijker opdracht gekozen te worden.

Advies: neem steeds een iets kleinere stap dan de cliënt zelf aangeeft aan te kunnen. Dit ter voorkoming van een faalervaring (zie onderstaande tekstblok). Als het nodig is kunnen er zelfcontroletechnieken toegevoegd worden.

Zelfcontroletechnieken

Stimulusresponspreventie: wanneer een cliënt aangeeft sterk de neiging te hebben toe te geven aan het ritueel of dit ook daadwerkelijk heeft gedaan, vraag dan of een bepaalde activiteit of bepaalde handeling zou helpen om de kans op het toegeven aan het ritueel te verkleinen. Voorbeelden: afleiding zoeken of angstreducerende activiteiten, zoals een boek lezen, een bekende bellen, tv aanzetten, huishoudelijke taken doen.

Stimulus-controle interventie: stel voor de oefeningen op vaste tijden, op bepaalde plekken of onder bepaalde omstandigheden uit te voeren.

Responsconsequentie-interventie: laat de cliënt beloningen bedenken voor als het is gelukt de opdracht uit te voeren. Laat de cliënt ook activiteiten bedenken die nuttig en zinvol zijn en waardoor er geen tijd overblijft voor de dwanghandelingen, zoals bijvoorbeeld het doen van huishoudelijke taken, wandelen, enzovoort.

Hoofdstuk 6: Anders Denken (1)

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de dwanghandelingen op bij te houden (zie bijlage 7)
- CY-BOCS (zie bijlage 2)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties en vul de grafiek voor dwanghandelingen in.
- Besteed opnieuw veel aandacht aan de exposure en responspreventie-opdrachten. Ga na wat goed ging, waar knelpunten zaten, en hoe het voor de cliënt was om de opdracht uit te voeren.

Informatie: gedachten, gevoelens en gedrag

De relatie tussen gedachten, gevoel en gedrag wordt in deze sessie besproken. Door middel van het samen invullen van de oefening met behulp van het voorbeeld van de inbreker, leert de cliënt dat gedachten invloed hebben op het gevoel, wat weer invloed heeft op het gedrag.

Benadruk nogmaals dat iedereen wel eens dwanggedachten heeft. Je zou de cliënt een lijst met dwanggedachten kunnen laten lezen van mensen zonder obsessieve-compulsieve stoornis (zie bijlage 6).

Voor de therapeut

Cognitieve therapie vervult twee functies in deze behandeling:

- 1) Als de cliënt veel dwanggedachten met weinig dwanghandelingen rapporteert, biedt cognitieve therapie in combinatie met exposure, een betere aansluitende aanpak dan responspreventie.
- 2) Cognitieve therapie is behulpzaam als exposure en responspreventieopdrachten teveel angst oproepen.

Oefening: GGG-schema

Samen met de cliënt wordt een GGG-schema ingevuld n.a.v. een dwanggedachte. De in hoofdstuk 1 gemaakte lijst met eigen dwanghandelingen en dwanggedachten kan hierbij gebruikt worden.

Er is mogelijkheid tot het tweemaal oefenen met het onderscheid maken tussen gebeurtenis, gedachten, gevoel en gedrag. Bij de 2^{de} oefening wordt het GGG-schema gebruikt, dat in de verdere behandeling steeds zal terugkeren.

Afname CY-BOCS

Het afnemen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. Afhankelijk van hoeveel er doorgevraagd wordt, neemt de afname meer tijd in beslag. Deze vragenlijst wordt in deze fase van de behandeling afgenomen om de voortgang van de behandeling zichtbaar te maken, wat motiverend kan werken voor de cliënt.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt lezen wat in dit hoofdstuk is besproken.
- Blijf de cliënt motiveren tot het registreren van de dwanghandelingen.
- Geef de cliënt als huiswerk mee om 3 maal te oefenen met 1 of 2 kaartjes. Indien een opdracht de voorgaande sessie niet was gelukt, wordt deze opnieuw als huiswerk meegegeven. Blijf telkens aan de cliënt vragen of hij de opdracht aan kan. Bij twijfel, dient er een makkelijker opdracht gekozen te worden.

Hoofdstuk 7: Anders Denken (2)

Mijn gedachten onder de loep

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de dwanghandelingen op bij te houden (zie bijlage 7)
- Uitslag op de CY-BOCS

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar de vorige sessie over is gegaan.
- Bespreek de registraties en vul de grafiek voor dwanghandelingen in.
- Besteed opnieuw veel aandacht aan de exposure en responspreventieopdrachten.

Bespreken van de CY-BOCS

Laat aan de cliënt zien of er op de vragenlijst voortgang is geboekt (meting sessie 1 in vergelijking met meting sessie 6).

Indien er nauwelijks tot geen voortgang zichtbaar is, dan moet er met cliënt en diens systeem geëvalueerd worden hoe verder, en waar mogelijke knelpunten liggen voor de behandeling. Met de cliënt en diens systeem kan tevens besproken worden wat oplossingen kunnen zijn om de behandeling wel te laten slagen. Een uiterste optie is om samen met de cliënt en diens systeem tot de conclusie te komen dat deze behandelvorm op dit moment niet haalbaar is en gestaakt moet worden en dat mogelijk farmacotherapie geïndiceerd is.

Informatie: uitdagen van gedachten

Zoals eerder is besproken kan de cognitieve therapie een goede aanvulling zijn op exposure en responspreventie. Doel van de cognitieve therapie is om de cliënt de dwanggedachten te laten toetsen op rationaliteit.

Leg aan de cliënt uit dat de dwanggedachten nu onderzocht gaan worden en dat dit op een gestructureerde wijze gaat in 6 stappen.

- 1) Noteer de dwanggedachte(n).

- 2) De cliënt geeft een geloofwaardigheidscijfer aan de gedachte met behulp van de gedachtethermometer.
- 3) Ga met de cliënt na welke bewijzen er zijn dat de dwanggedachte klopt.
- 4) De cliënt wordt uitgenodigd om tegenargumenten te bedenken. Dit kan een moeilijke stap zijn in het proces. De cliënt kan hier ook gestimuleerd worden om anderen te bevragen.
- 5) Bekrachtig als therapeut elke rationele gedachte die de cliënt weet te formuleren.
- 6) Formuleer samen met de cliënt een meer realistische gedachte waarbij de argumenten voor en argumenten tegen beide worden meegenomen.
- 7) Laat de cliënt m.b.v. de gedachtethermometer de nieuwe realistische gedachte op geloofwaardigheid beoordelen.

Tot slot: laat de cliënt de realistische gedachte op het kaartje 'Ander gedrag' schrijven, behorende bij de betreffende dwanghandeling.

Overige technieken voor het uitdagen van de dwanggedachten

Maakt herhalen zekerder? Hoe vaak moet je iets controleren voordat je er zeker van bent? Hoe vaak moet je je handen wassen voordat je zeker weet dat je schoon bent? Weet je het dan wel zeker of twijfel je dan nog steeds? Hoeveel zekerder van je zaak ben je bij meerdere keren controleren?

Hoe groot is de kans? Hoe groot is de kans dat het waar je bang voor bent ook echt gaat gebeuren? Laat de cliënt een percentage noemen. Stel dit niet ter discussie als dit nog aan de hoge kant is. Hoe raak je precies besmet? (vraag gedetailleerd door) Hoe ontstaat die brand? Wat moet er dan precies gebeuren?

Vergelijking met anderen. Waarom maken andere mensen zich hier niet bezorgd om? Wat denken zij dan? Waarom denken zij zo? Is dat terecht?

Kosten-batenanalyse. Wat zijn de voor- en nadelen van het niet meer uitvoeren van rituelen? Zijn er ook voordelen om geen rituelen meer uit te voeren?

NB: Voor een aantal cliënten kunnen cognitieve interventies teveel weerstand oproepen. Bij het bespreken van de dwanggedachten kan er teveel angst worden opgeroepen. In feite is dit exposure (de dwanghandeling wordt niet toegepast om de dwanggedachten te neutraliseren). Het is goed mogelijk dat het uitdagen van gedachten te cognitief en te moeilijk is voor de cliënt. Er kan dan gekozen worden om het uitdagen achterwege te laten en direct de stap te maken naar *positieve heretikettering* van de dwanggedachte.

Oefening: uitdagen van een dwanggedachte van de cliënt zelf

Aan de hand van een eigen dwanggedachte wordt geoefend met het uitdagen ervan. Ondersteun cliënt hier zoveel mogelijk in. Met name bij het stuk als de cliënt bewijzen tégen dient te formuleren.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het registreren van de dwanghandelingen.
- Geef de cliënt als huiswerk mee om 3 maal te oefenen met 1 of 2 kaartjes. Indien een opdracht de voorgaande keer niet was gelukt, wordt deze opnieuw als huiswerk meegegeven. Blijf telkens aan de cliënt vragen of hij de opdracht aan kan. Bij twijfel, dient er een makkelijker opdracht gekozen te worden.

Hoofdstuk 8: Anders Denken (3)

Mijn gedachten onder de loep

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de dwanghandelingen op bij te houden (zie bijlage 7)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar de vorige sessie over is gegaan.
- Bespreek de registraties en vul de grafiek voor dwanghandelingen in.
- Besteed opnieuw veel aandacht aan de exposure en responspreventieopdrachten.

Informatie

Er wordt geen nieuwe informatie gegeven. In dit hoofdstuk wordt verder geoefend met het uitdagen van gedachten.

Oefening: uitdagen van dwanggedachten

Aan de hand van een eigen dwanggedachte, worden de stappen van het uitdagen nogmaals doorlopen.

Er zijn specifieke, typerende disfunctionele opvattingen bij mensen met een obsessieve-compulsieve stoornis (Salkovskis, 1985):

- Denken = Doen: een gedachte hebben over een bepaalde actie of daad staat gelijk aan het daadwerkelijk uitvoeren van de actie.
- Falen in het voorkomen van schade aan zichzelf of aan anderen = hetzelfde als de schade zelf veroorzaakt te hebben.
- Denken = Gebeuren: een dwanggedachte niet neutraliseren is hetzelfde of gelijkwaardig aan verzoeken of wensen dat de schade, verbonden aan de dwanggedachte, daadwerkelijk gaat plaatsvinden.
- Verantwoordelijkheid wordt niet verzacht door andere factoren.
- Men dient invloed uit te oefenen op het voorkomen van gedachten en men is daartoe ook in staat.

Er heeft nog geen onderzoek plaatsgevonden of deze opvattingen bij mensen met ZB/LVB op dezelfde wijze relevant zijn. In de klinische praktijk wordt gezien dat bij mensen met ZB/LVB 'Denken = Doen' en 'Denken = Gebeuren' veelal voorkomen.

Zoals eerder beschreven kunnen deze opvattingen met verschillende cognitieve uitdaagtechnieken worden aangepakt. Vergeet hierbij niet om ook uitleg te geven over wat normale en disfunctionele gedachten zijn. Hierbij kan het inwinnen van informatie bij anderen of op het internet ondersteunend zijn in het corrigeren van de dwanggedachten of de gedachten over de dwanggedachten. Indien er gebruik wordt gemaakt van het internet dient de therapeut heldere en duidelijke opdrachten te geven. Anders is de kans groot dat de cliënt overspoeld raakt door alle informatie op het internet. Het is aan te bevelen om de cliënt dit samen te laten doen met iemand vanuit zijn steunsysteem.

Cognitieve uitdaagtechnieken die toegepast kunnen worden zijn:

- Maken van een kansberekening
- Meerdimensioneel evalueren
- Taartpunttechniek
- Kosten-batenanalyse

Hoe deze uitdaagtechnieken uitgevoerd dienen te worden wordt verwezen naar Ten Broeke et al. (2004).

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Aan de cliënt wordt als huiswerk meegegeven om het gehele werkboek nogmaals door te nemen voor de volgende afspraak.
- Blijf de cliënt motiveren tot het registreren van de dwanghandelingen. Indien nodig kan er afgesproken worden met cliënt om een dwanghandeling te registreren die nog niet eerder aan bod is gekomen. Dit alleen als de dwanghandelingen waar in eerste instantie de focus op lag, niet meer voorkomt.
- Geef de cliënt als huiswerk mee om 3 maal te oefenen met 1 of 2 kaartjes. Indien een opdracht de voorgaande sessie niet was gelukt, wordt deze opnieuw als huiswerk meegegeven.
Blijf telkens aan de cliënt vragen of hij/zij de opdracht aan kan. Bij twijfel, dient er een makkelijker opdracht gekozen te worden.
- Geef als huiswerk om eenmaal deze week een dwanggedachte uit te dagen volgens de stappen. Deze stappen zijn terug te vinden in het 'gedachterapport'. Indien eerder is gebleken dat het uitdagen van gedachten te moeilijk voor cliënt is om zelfstandig uit te voeren, dan kan deze opdracht achterwege gelaten worden.

Hoofdstuk 9–12: Anders Denken en Anders Doen

Hoofdstuk 9 tot en met 12 staan geheel in het teken van het uitdagen van gedachten en gedragsexperimenten. Voor elk hoofdstuk kan onderstaande tekst leidraad zijn. Uiteraard kan er doorgedaan worden met hoofdstuk 13 als er middels gedragsexperimenten en het uitdagen van gedachten de dwanghandelingen, het vermijdingsgedrag en de dwanggedachten er niet meer zijn.

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de dwanghandelingen op bij te houden (zie bijlage 7)
- Stenen kopje/mok of een glas

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek met de cliënt welke onderwerpen nog extra toelichting verdienen.
- Bespreek de registraties van de dwanghandelingen en vul ze in op de grafiek.
- Bespreek hoe de exposure en responspreventieopdrachten zijn gegaan. Blijf deze uitvoerig bespreken. Indien het niet gelukt is, spoor samen met de cliënt op waar het knelpunt ligt. Pas de opdracht zo nodig aan en geef de cliënt dezelfde opdracht mee als huiswerk.
Hoe is het oefenen gegaan? Roept de oefening nog spanning op? Indien dit niet het geval meer is, kan samen met de cliënt besproken worden of dwanghandelingen die nog niet aan bod zijn gekomen, de handeling van focus moet gaan worden. Indien dit het geval is, kunnen er nieuwe kaartjes voor Ander gedrag opgesteld worden.
- Bekijk samen met de cliënt het gedachterapport. Besteed hier veel aandacht aan. Als het niet helemaal goed is ingevuld, spoor dan op waar het niet is goed gegaan. Verduidelijk de stappen nogmaals als het niet helder is. Waarschijnlijk zal het grootste obstakel zitten in het vinden van bewijzen tegen de disfunctionele gedachte. Ook het genereren van een meer rationele gedachte kan een lastige stap voor cliënten zijn. Ondersteun hierin.
- Hoe is het gedragsexperiment verlopen? Is de cliënt tot een nieuwe ontdekking gekomen t.a.v. zijn dwanggedachten?

Informatie

In deze hoofdstukken wordt geen nieuwe informatie meer gegeven aan de cliënt. De behandeling borduurt voort op de reeds gegeven informatie. Er wordt met name veel geoefend. Het biedt de gelegenheid om veel te herhalen.

Oefeningen

Onderzoeken of mijn dwanggedachten wel kloppen

Alvorens samen met de cliënt een gedragsexperiment op te stellen om thuis uit te voeren wordt er een gedragsexperiment in de zitting gedaan. Dit gedragsexperiment is gebaseerd op de disfunctionele opvatting *denken=doen*. Een voorbeeld van een gedragsexperiment is het kapot denken van een kopje. Laat de cliënt naar het kopje kijken en in zijn gedachten zeggen: 'je gaat kapot'. Laat de cliënt dit minimaal 2 minuten doen, en bevaag de cliënt vervolgens of het is uitgekomen wat hij dacht.

Ook al heeft de cliënt dit type dwanggedachte niet, dan is het wel zinvol om deze oefening te doen. De cliënt ervaart dan dat zijn gedachten minder/geen invloed heeft op de mogelijke gevolgen.

Vervolgens wordt samen met de cliënt een gedragsexperiment opgesteld t.a.v. een dwanggedachte van de cliënt. Het gedragsexperiment wordt uitvoerig en concreet besproken. De cliënt krijgt dit gedragsexperiment ook als huiswerkopdracht mee.

Gedachten uitdagen

Aan de hand van een concrete situatie/gebeurtenis van de cliënt wordt het gehele uitdagingproces doorlopen. Laat de cliënt in zijn werkboek meeschrijven. De therapeut gebruik het whiteboard als ondersteuning.

Denk hierbij ook aan de eerder genoemde cognitieve uitdagingstechnieken, als deze meer passend zijn voor de betreffende dwanggedachte.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het registreren van de dwanghandelingen. Indien nodig kan er afgesproken worden met cliënt om een dwanghandeling te registreren die nog niet eerder aan bod is gekomen. Dit alleen als de dwanghandelingen, waar in eerste instantie de focus op lag, niet meer voorkomen.
- Geef de cliënt als huiswerk mee om 3 maal te oefenen met 1 of 2 kaartjes. Indien een opdracht de voorgaande sessie niet was gelukt, wordt deze opnieuw als huiswerk meegegeven.
Blijf telkens aan de cliënt vragen of hij/zij de opdracht aan kan. Bij twijfel, dient er een makkelijker opdracht gekozen te worden.
- Geef als huiswerk om eenmaal per week een dwanggedachte uit te dagen volgens de stappen. Indien eerder is gebleken dat dit te moeilijk voor cliënt is om zelfstandig uit te voeren, dan kan deze opdracht achterwege gelaten worden.
- Geef het gedragsexperiment mee als huiswerkopdracht.

Er wordt veel huiswerk gegeven in deze sessies. Bespreek met de cliënt of hij denkt dat het haalbaar is. Bij enige twijfel over de haalbaarheid, kan ervoor gekozen worden om het onderdeel gedachten uitdagen achterwege te laten.

Bespreek eveneens wie cliënt kan ondersteunen in het uitvoeren en maken van de opdrachten.

Hoofdstuk 13: Terugvalplan

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de dwanghandelingen op bij te houden (zie bijlage 7)
- CY-BOCS (zie bijlage 2)
- Terugvalplan (zie bijlage 13)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties en vul de dwanghandelingen in op de grafiek.
- Bevraag de cliënt hoe het is verlopen met de exposure en responspreventieopdrachten.
- Bespreek uitvoerig hoe het uitdagen van de dwanggedachte is gegaan. Is de cliënt al anders over de dwanggedachte gaan denken?

Vragenlijst invullen

Opnieuw wordt de CY-BOCS afgenomen. In de volgende sessie worden de resultaten teruggekoppeld aan de cliënt.

Informatie: voorkomen van een terugval

Bespreek met de cliënt wat signalen voor hem zijn voor een terugval in de obsessieve-compulsieve stoornis. Maak met de cliënt zijn eigen terugvalplan, waar de signalen voor een terugval in beschreven staan. In dit terugvalplan is tevens beschreven wat de cliënt kan doen om te voorkomen dat de dwanghandelingen en dwanggedachten opnieuw zullen toenemen. Daarnaast wordt beschreven wat de omgeving kan doen om te voorkomen dat de dwanghandelingen en dwanggedachten opnieuw de overhand zullen gaan nemen.

Oefenen: opstellen van het terugvalplan

Vul het terugvalplan zover mogelijk in met de cliënt in de sessie.

Als het niet lukt om in de sessie het terugvalplan geheel af te krijgen, geef het dan mee aan de cliënt om thuis samen met zijn steunsysteem af te maken.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt het terugvalplan thuis verder invullen als het binnen de sessie niet is gelukt om geheel af te krijgen.
- Vraag aan de cliënt om het terugvalplan voor de laatste sessie aan de therapeut te retourneren (per post of per mail).

Hoofdstuk 14: Evalueren

Benodigheden

- Resultaten van de CY-BOCS
- Het Terugvalplan, liefst gelamineerd
- Grafieken van de dwanghandelingen

Terugkoppeling vragenlijsten

Sta uitvoerig stil bij de resultaten op de CY-BOCS. Betrek daarbij eveneens de dwanggrafiek die tijdens de behandeling telkens is bijgehouden. Bespreek de resultaten.

Evalueren

Bespreek met de cliënt en diens systeem wat de behandeling heeft opgeleverd. Kijk opnieuw terug naar de vooraf opgestelde doelen van de cliënt. Zijn deze behaald? Indien de doelen nog onvoldoende behaald zijn kunnen de volgende opties besproken worden:

- Medicamenteuze behandeling toevoegen aan de CGT behandeling
- Nog een aantal aanvullende sessies CGT

Vragenlijsten

Opnieuw worden de volgende vragenlijsten ingevuld door de cliënt:

- SQ48
- Cliëntthermometer (ORS)

Afscheid

Er wordt afscheid genomen als de behandeling voldoende resultaat heeft opgeleverd.

Literatuur

American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco bv.

Broeke, E., ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Schurink, G. (2004). *Cognitieve therapie, de basisvaardigheden*. Nijmegen: Cure & Care.

Davis, E., Saeed, S. A., & Antonacci, D. J. (2008). Anxiety Disorders in Person with Developmental Disabilities: Empirically Informed Diagnosis and Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 79, 249–263.

Didden, R., Collin, P., & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In W. Vandereycken, K. Hoogduin & P. Emmelkamp (Eds.), *Handboek psychopathologie, deel 1. Basisbegrippen* (4^{de} dr., pp. 613–637). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en Volwassenen*. Assen: Van Gorcum.

Douglass, H.M., Moffit, T.E., Dar, R. McGee, R., & Silva, O. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18 year-olds: prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1424–1431.

Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Blaauw, E. (1994). Individualized versus Standardized Therapy: A Comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(2), 95–100.

Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.).(2007). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID): A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Person with Intellectual Disability*. Kingston, NY: NADD Press.

GGZ Rivierduinen, Kristal. (2013). Zorgprogramma Stemming, Angst en Somatoforme stoornis en Verstandelijke beperking, Leiden.

Haan, E. de, & Wolters, L. (2009). *Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten met het cognitief gedragstherapeutisch protocol Bedwing je dwang*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J., & Albany, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 93–104.

Koning, N, de, & Collin, P. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent*, 3, 28, 25–229.

Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho, ISBN: 9062833462

Langen, W. van (2015). Kijk eens wat ik (aan)kan!: Integratieve diagnostiek en behandeling bij een cliënte met een licht verstandelijke beperking, gedragsproblemen en een obsessieve–compulsieve stoornis. *Praxis GGZ Verpleegkundig Specialist*, 1–13.

Pruijssers, A., Meijel, B. van, & Achterberg, T. van (2011). A Case Report for Diagnosing Anxiety in People with Intellectual Disability: The Role of Nurses in the Application of Multidimensional Diagnostic Guideline. *Perspectives in Psychiatric Care* 47, 204–212.

Pruijssers, A., C., Meijel, B. van, Maaskant, M., Nijssen, W., & Achterberg, T. van. (2014). The relationship between challenging behaviour and anxiety in adults with intellectual disabilities: a literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 162–171.

Rosario-do Campos, M.C., Leckman, J.F., Curi, M., Quantrano, S., Katsovich, L., Miquel, E.C., & Pauls, D.L. (2005). A family study of early-onset obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 136B, 92–97.

Sams, K., Collins, S., & Reynolds, S. (2006). Cognitive Therapy Abilities in People with Learning Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 25–35.

Verbraak, M., & Broeke, E. ten (2012). Obsessieve–compulsieve stoornis. In E. ten Broeke, K. Korrelboom & M. Verbraak (Eds.), *Praktijkboek Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocollaire behandelingen op maat* (pp. 155–185). Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Verbraak, M., Hoogduin, K., & Keijsers, G. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een obsessieve–compulsieve stoornis: Exposure, responspreventie en cognitieve therapie. In G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 79–109). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Vereenoghe, L., & Langdon, P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual diasabilite: A systematic review and meta–analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 4085–4102.

Vuijk, R (2013). Psychotherapie bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, (39) 02, 86–99.

Wells, A., & Geluk, H. (2003). *Cognitieve therapie bij angststoornissen: Een praktische handleiding*. Baarn: Hbuitgevers.

Whitehouse, R.M., Tudway, J.A., Look, R., & Stenfert Kroese, B. (2006). Adapting Individual Psychotherapy for Adults with Intellectual Disabilities: A comparative review of the cognitive–behavioural and psychodynamic literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 55–65.

Wilner, P. (2005). Readiness for cognitive therapy in people with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 5–16.

Wit, M., de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies ZB/LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van*

gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Zoon, M. (2012). Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?. *Nederlands Jeugd Instituut*, www.nji.nl

Bijlagen

Bijlage 1: SQ48

SQ-48

Naam cliënt: _____ Datum: _____
Nummer: _____ Geboortedatum: _____

Instructies

Probeer de volgende stellingen eerlijk en accuraat te beantwoorden. Geef aan wat op u van toepassing is. Er zijn geen 'goede' en 'foute' antwoorden. U geeft het antwoord dat het beste uitdrukt hoe vaak u zich de afgelopen week, met vandaag erbij zo hebt gevoeld. Wat het eerste in u op komt is vaak het beste antwoord.

NB (Indien u niet werkt of studeert of indien u dat de afgelopen week niet hebt kunnen doen, dan kunt u de vragen 9, 15, 20, 30 en 35 overslaan) of niet van toepassing antwoorden.

GEEF AAN WAT OP U VAN TOEPASSING IS	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak
1. Ik was kortademig zonder dat ik mij inspande	0	1	2	3	4
2. Ik voelde mij vertraagd of langzaam	0	1	2	3	4
3. Ik was ontevreden.	0	1	2	3	4
4. Ik werd angstig in een menigte van mensen	0	1	2	3	4
5. Ik had hartkloppingen.	0	1	2	3	4
6. Ik had moeite met het nemen van beslissingen.	0	1	2	3	4
7. Ik kon nergens van genieten.	0	1	2	3	4
8. Ik durfde open ruimtes, zoals een plein, niet over te steken.	0	1	2	3	4
9. Ik voelde stress op mijn werk of studie.	0	1	2	3	4
10. Ik had onenigheid met anderen.	0	1	2	3	4
11. Ik voelde pijn of druk op de borst.	0	1	2	3	4
12. Ik zag naar dingen uit.	0	1	2	3	4
13. Ik dacht aan mijn dood of zelfmoord.	0	1	2	3	4
14. Ik durfde niet alleen met het openbaar vervoer te reizen.	0	1	2	3	4
15. Mijn werk of studie gaf me geen voldoening.	0	1	2	3	4
16. Ik was opvliegend zonder aanleiding.	0	1	2	3	4
17. Ik voelde mij duizelig of licht in het hoofd.	0	1	2	3	4
18. Ik had zin om dingen te doen.	0	1	2	3	4

GEEF AAN WAT OP U VAN TOEPASSING IS	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeer vaak
19. Ik had geen zin in het leven.	0	1	2	3	4
20. Ik had het gevoel dat ik teveel werkte of studeerde.	0	1	2	3	4
21. Ik had moeite om mijn woede te beheersen.	0	1	2	3	4
22. Ik voelde tintelingen, bijvoorbeeld in mijn handen.	0	1	2	3	4
23. Ik kon moeilijk voor mijn mening uitkomen.	0	1	2	3	4
24. Ik was bang of angstig.	0	1	2	3	4
25. Ik durfde niet alleen naar een drukke winkel te gaan..	0	1	2	3	4
26. Ik trilde of beefde.	0	1	2	3	4
27. Ik was bang om afgewezen te worden in een groep.	0	1	2	3	4
28. Ik was schrikachtig.	0	1	2	3	4
29. Ik was optimistisch over mijn toekomst.	0	1	2	3	4
30. Ik werkte of studeerde minder hard dan voorheen.	0	1	2	3	4
31. Ik voelde mij rillerig.	0	1	2	3	4
32. Ik voelde mij de mindere van anderen.	0	1	2	3	4
33. Ik was zenuwachtig en nerveus.	0	1	2	3	4
34. Ik had plannen of stelde mezelf doelen.	0	1	2	3	4
35. Ik had het gevoel dat het niet goed ging met mijn werk/studie.	0	1	2	3	4
36. Ik voelde mij ongemakkelijk als anderen naar mij keken.	0	1	2	3	4
37. Ik had interesse in dingen.	0	1	2	3	4
38. Ik voelde mij hopeloos.	0	1	2	3	4
39. Ik was vergeetachtig.	0	1	2	3	4
40. Ik voelde mij somber of depressief.	0	1	2	3	4
41. Ik voelde mij onrustig.	0	1	2	3	4
42. Ik voelde me energiek en levenslustig.	0	1	2	3	4
43. Ik wilde mensen het liefst slaan als dat werd uitgelokt.	0	1	2	3	4
44. Ik had moeite om op gang te komen.	0	1	2	3	4
45. Ik voelde mij onzeker in gezelschap.	0	1	2	3	4
46. Ik voelde mij gespannen.	0	1	2	3	4
47. Ik kon mij niet goed concentreren.	0	1	2	3	4
48. Ik piekerde.	0	1	2	3	4

Bijlage 2: Children's Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (CY–BOCS)

Algemene instructie

Deze vragenlijst is ontwikkeld om de ernst en de aard van de symptomen van cliënten met een obsessieve–compulsieve stoornis (OCS) te scoren. In het algemeen hangt de score af van hetgeen de cliënt of omgeving zegt. De definitieve score is echter gebaseerd op het klinische 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 semi–gestructureerd 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 (bijvoorbeeld familie, begeleiding) kan alleen 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 eerst 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 is. Het kan zijn dat je probeert de dwanghandelingen niet te doen, maar dit kan moeilijk zijn.

Het kan ook zijn dat je net zolang angstig bent totdat je de dwanghandelingen helemaal hebt uitgevoerd of afgemaakt.

Voorbeelden van dwanggedachten en dwanghandelingen:

Dwanggedachte: de steeds terugkerende gedachte dat je iets gekks of gevaarlijks moet doen, terwijl je dat nooit zou willen.

Dwanghandeling: steeds maar weer kranen, apparaten en het slot van de voordeur controleren voordat je gaat slapen. De meeste dwanghandelingen kun je zien, zijn zichtbaar. Sommige dwanghandelingen zijn onzichtbaar, omdat ze in je hoofd gebeuren, zoals stiekem controleren, of iedere keer als je een slechte gedachte in gedachte hebt gehad onzin-zinnetjes in je hoofd zeggen.

Heb je vragen over de dwanggedachten en 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 cliënt ze begrijpt. Het kan voldoende zijn de cliënt eraan te herinneren dat dwanggedachten gedachten, ideeën, beelden of impulsen zijn en dwanghandelingen de dingen die je moet doen, ook meer verborgen 'mentale handelingen'.

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

1. HOEVEEL TIJD DIE BESTEED WORDT AAN DWANGGEDACHTEN

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

(Alle 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, 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, werk, thuis of als je bij vrienden bent? Zijn er dingen die je niet meer doet vanwege die gedachten?'

(Indien momenteel niet op school/werk, bepaal dan hoeveel de prestaties beïnvloed zouden worden als de cliënt nog wel op school/werk 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/werk of in sociale contacten, maar nog steeds beheersbaar

3 = ernstig: veroorzaken aanzienlijke verstoringen van het functioneren in sociale contacten, op school/werk of thuis

4 = extreem: tast alle levensaspecten aan

3. LEED DOOR DWANGGEDACHTEN

I: 'Hoe ongerust word je door de 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 teveel van streek te raken

2 = matig: duidelijk van streek, maar beheersbaar

3 = ernstig: zeer verstorend

4 = extreem: bijna voordurend en invaliderende kwelling

4. VERZET TEGEN DE 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 cliënt 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 cliënt 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 cliënt, hoe minder gestoord in dit opzicht zijn/haar functioneren is. Er bestaan 'actieve' en 'passieve' vormen van verzet. Cliënten 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 gedragstherapeutische technieken als vormen van verzet. In die gevallen dat de cliënt niet de behoefte voelt zich te verzetten tegen minimale obsessie, dient de score 0 te worden gegeven.)

0 = altijd poging 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 de 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 cliënt om obsessies onder controle te houden meer gerelateerd aan de ernst en 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 cliënt 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 patent.)

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 gewoonten 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 voorkomen van de dwanghandelingen en niet het aantal herhalingen; bijvoorbeeld: een cliënt 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 het vermijden. Het aantal vermijdingen wordt gescoord in de tijd dat de vermijding duurt.)

0 = geen.

1 = licht: minder dan 1 uur per dag wordt besteed aan het uitvoeren van dwanghandelingen, of ad en toe optredend.

2 = matig: 1-3 uur per dag wordt besteed aan de uitvoering van dwanghandelingen, of geregeld optredend.

3 = 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/werk 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 de dwanghandelingen?'

(Indien niet op school/werk, bepaal dan wat het effect zou zijn geweest als de patient wel op school/werk geweest zou zijn.)

0 = geen.

1 = licht: geringe hinder bij sociale of school/werkactiviteiten of dagelijks leven.

2 = matig: duidelijke verstoring van dagelijks leven thuis, school/werkactiviteiten of sociale contacten, maar nog steeds beheersbaar.

3 = ernstig: veroorzaakt een grote mate van verstoring van de sociale contacten, het functioneren op school/werk of thuis.

4 = extreem: het hele doen en laten van de cliënt wordt zeer ernstig verstoord.

8. LEED DOOR DE DWANGHANDELINGEN

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

(Scoor de mate van angst die de cliënt 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 uitvoeren van de dwanghandelingen, of alleen geringe angst tijdens het uitvoeren van dwanghandelingen.

2 = matig 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 zeer hinderlijke toename van angst tijdens de uitvoering van 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 DWANGGEDACHTEN

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 dwanghandeling onder controle te krijgen. De mate waarin de patient 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 patient geen behoefte voelt zich te verzetten. In zulke gevallen moet de score 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 cliënt 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 sterke druk tot uitvoering van de dwanghandelingen; de cliënt 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 afgemaakt/uitgevoerd; de cliënt kan uitstel slechts met moeite dulden.

4 = geen controle; de dwanghandelingen worden ervaren als geheel onvrijwillig (de cliënt 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

Scoreformulier Children's Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale

Naam:.....

Datum:.....

Sessienummer:.....

Ingevuld door:.....

1 a. NOT JUST RIGHT EXPERIENCES (NJR) ja nee

1 b. DWANGGEDACHTEN ja nee

1. Tijd besteed aan de dwanggedachten/NJR's	0	1	2	3	4
2. Last/hinder	0	1	2	3	4
3. Leed/angst	0	1	2	3	4
4. Verzet	0	1	2	3	4
5. Mate van controle	0	1	2	3	4

Totaal

2. DWANGHANDELINGEN

1. Tijd	0	1	2	3	4
2. Last/hinder	0	1	2	3	4
3. Leed/angst	0	1	2	3	4
4. Verzet	0	1	2	3	4
5. Mate van controle	0	1	2	3	4

Totaal

Totaal dwanggedachten/NJR's +
dwanghandelingen:.....

Scoring

De range van de CY-BOCS loopt van 0 tot 40: voor elk van de 10 items is een score tussen de 0 en 4 punten mogelijk. Deze scores worden opgeteld. Een score van 16 wordt meestal als klinische cut-off score gehanteerd. In het algemeen hangt de score op elk onderdeel af van wat de cliënt zegt, maar de definitieve score is afhankelijk van het klinische oordeel van de interviewer/therapeut.



Bijlage 3: Meta-cognitions questionnaire

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Datum:.....

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

Het gaat om 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	best mee eens	heel erg mee eens
1	Piekeren helpt me om toekomstige problemen te vermijden/uit de weg te gaan.	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
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 krijgen.	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 houd 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	1	2	3	4

wel eens misleiden.

15	Mijn gepieker zou me gek kunnen maken.	1	2	3	4
16	Ik ben me steeds 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
27	Als ik mijn gedachten niet de baas zou kunnen zijn, zou het thuis en op school/werk 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 genoeg weet wat ik heb gedaan.	1	2	3	4
30	Ik denk voortdurend na over mijn gedachten.	1	2	3	4

© *Meta_cognitions Questionnaire*, S. Cartwright-Hatton, A. Mather, V. Illingworth, J. Nrocki, R. Harrington & A. Wells, 2003; vertaald door L.H. Wolters en E. de Haan, 2007.



Bijlage 4: Obsessive Beliefs questionnaire 44CV

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.

Zet een kruisje in het vakje wat het *beste* bij jou past.

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

nooit bijna nooit soms vaak altijd

1. Ik denk dat dingen gevaarlijk zijn.

nooit bijna nooit soms vaak altijd

2. Als ik niet zeker van iets ben, zal ik waarschijnlijk een fout maken

nooit bijna nooit soms vaak altijd

3. Ik wil 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 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 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 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

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

Scoring

De items worden gescoord op een vijf-puntsschaal lopend van nooit (1) tot helemaal mee eens (5). Hogere scores wijzen op meer obsessieve gedachtes. Er zijn geen cut-offscores en de lijst is niet bedoeld om diagnoses te stellen.

Bijlage 5: Cliëntthermometer (ORS)

Uw mening over hoe het met u gaat Volwassenen

Leeftijd: ___ jaar Geslacht: M / V

Datum: ___ (dg) ___ (mnd) ___ (jr)

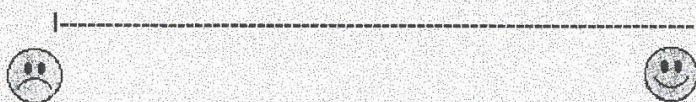
Graag aankruisen wat van toepassing is:

- Start behandeling**
- Einde behandeling**

We willen graag weten hoe het met u gaat en hoe de dingen in uw leven gaan. Zet op elke lijn een kruisje. Hoe dichterbij het lachende gezichtje, hoe beter het gaat. Dichterbij het verdrietige gezichtje betekent dat het minder goed gaat.

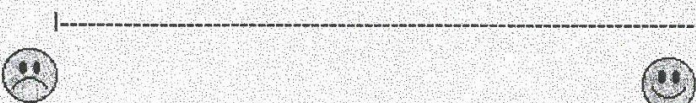
Ik

(Hoe gaat het met mij/mijn klachten?)



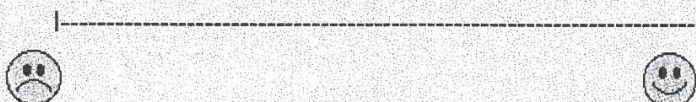
Thuis

(Hoe gaan de zaken thuis?)



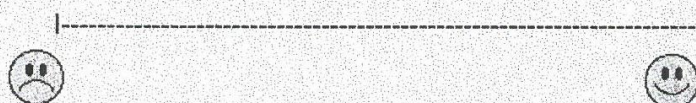
School/Werk/Sociale contacten

(Hoe gaat het met werk, dagbesteding?)



Alles

(Hoe gaat alles bij elkaar?)



Opmerkingen:

.....
.....
.....

Kristal Client Thermometer

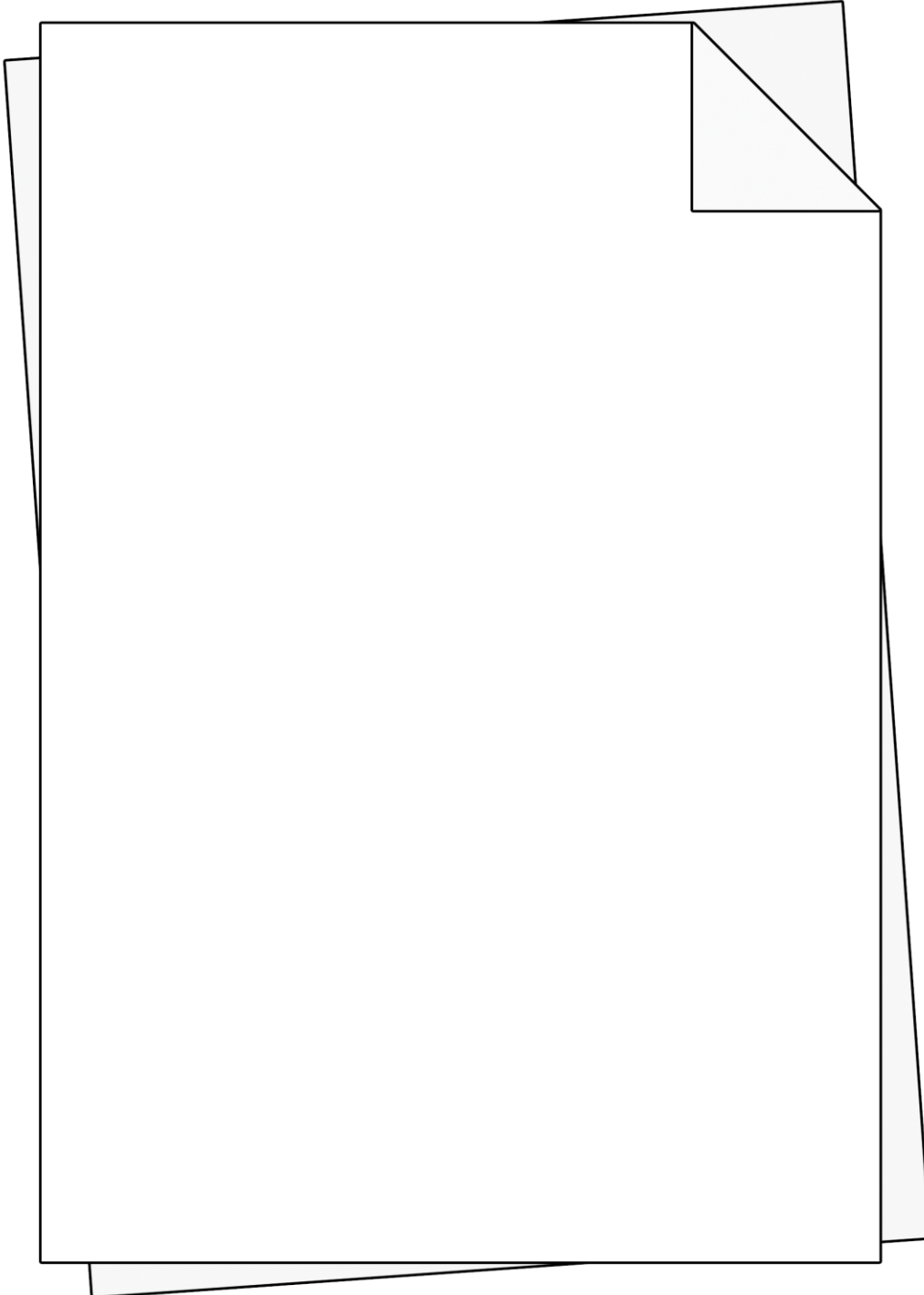
Score:

(voor intern gebruik)



Bijlage 6: Lijst van dwang

Hier kun je een lijst maken met jouw dwanghandelingen- en gedachten.



Als je het moeilijk vindt om te bedenken welke dwanghandelingen en dwanggedachten je hebt, dan kan deze lijst je misschien helpen.

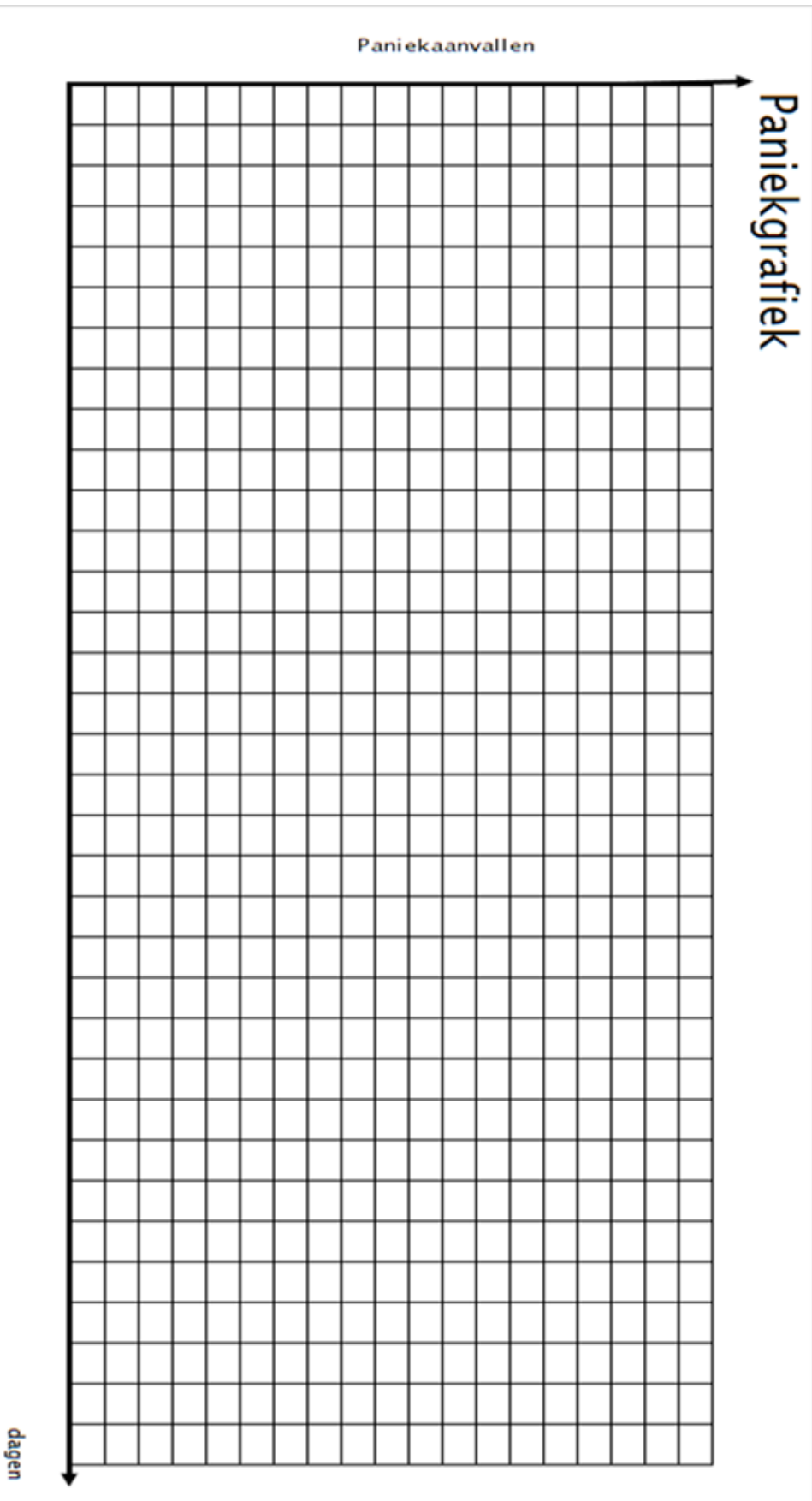
Dwanghandelingen die vaak voorkomen

- Vaak of lang handen wassen.
- Controleren of de deur wel op slot zit.
- Dingen steeds maar moeten tellen.
- Dingen aanraken.
- Vaak controleren of ramen wel dicht zijn.
- Gas en elektriciteit vaak moeten controleren.
- Door blijven gaan met iets totdat 'het goed voelt'.
- Dingen bewaren die je niet meer nodig hebt, omdat je het moeilijk vindt om ze weg te gooien.
- Overal lijstjes van maken.
- Spullen recht zetten.
- Steeds dezelfde zinnestjes in je hoofd zeggen.
- Controleren of je geen fout hebt gemaakt.

Dwanggedachten die vaak voorkomen

- Bepaalde letters, getallen of kleuren brengen ongeluk.
- Je verantwoordelijk voelen dat er iets ergs gaat gebeuren (brand, ongeluk).
- Het is vies.
- Het moet gewoon.
- Je zorgen maken over viezigheid, bacteriën.
- Je zorgen maken over ziektes.
- Bang zijn dat je enge of rare dingen gaat zeggen.
- Bang zijn dat jou iets ergs gaat overkomen.
- Bang zijn om ziek te worden door besmetting.
- Bang dat je jezelf pijn gaat doen.

Bijlage 7: Grafiek van dwanghandelingen



Bijlage 8: Registratieformulier dwanghandelingen en dwanggedachten.

Het is goed om te weten hoe vaak jouw dwang of akelige dwanggedachten voorkomen op een dag.

Samen met je therapeut bedenk je een handige manier om dit bij te houden. In het schema kun je de dwang en/of akelige gedachten bij gaan houden.

	Dagdeel	Dwang/dwanggedachten
Datum:	Ochtend Middag Avond	
Datum:	Ochtend Middag Avond	
Datum:	Ochtend Middag Avond	
Datum:	Ochtend Middag Avond	
Datum:	Ochtend Middag Avond	
Datum:	Ochtend Middag Avond	
Datum:	Ochtend Middag Avond	

Afspraken die ik heb gemaakt met mijn therapeut voor het registreren:

Bijlage 9: Registratieformulier Ander gedrag

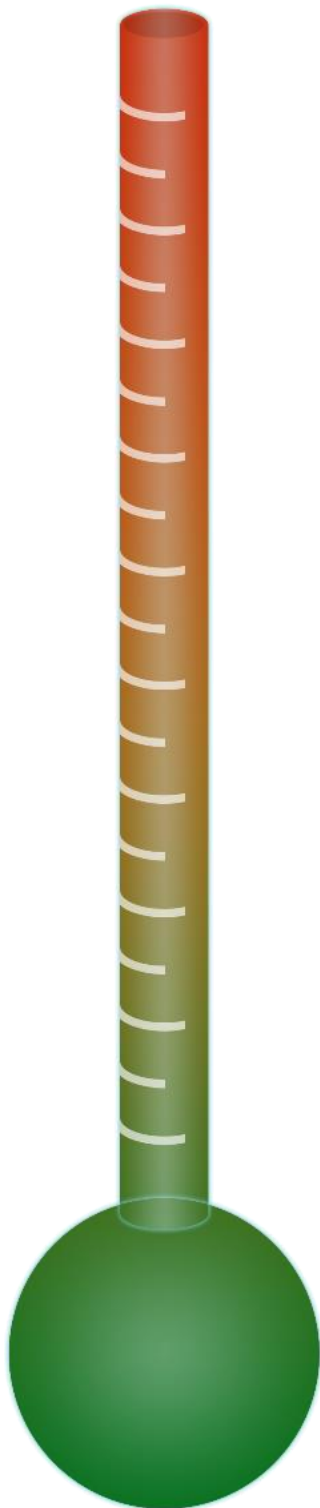
Hoe vul je dit in:

- Schrijf dag en tijdstip op wanneer je geoefend hebt.
- Schrijf op hoe gespannen je was van te voren (1 = helemaal niet gespannen, 10= zo gespannen als je maar kan zijn).
- Schrijf kort op hoe het is gegaan.
- Schrijf op hoe gespannen je erna was (1 = helemaal niet gespannen, 10= zo gespannen als je maar kan zijn).

Wanneer geoefend?	Spanning vooraf (1-10)	Hoe is het gegaan?	Spanning achteraf (1-10)

Gebruik de spanningsthermometer om aan te geven hoe gespannen je was.

Bijlage 10: Spanningsthermometer



10. Zo gespannen als maar kan zijn

9.

8.

7. Best wel gespannen

6.

5.

4. Beetje gespannen

3.

2.

1. Geen spanning/ontspannen



Bijlage 11: GGG–schema en gedachten uitdagen volgens de 6 stappen

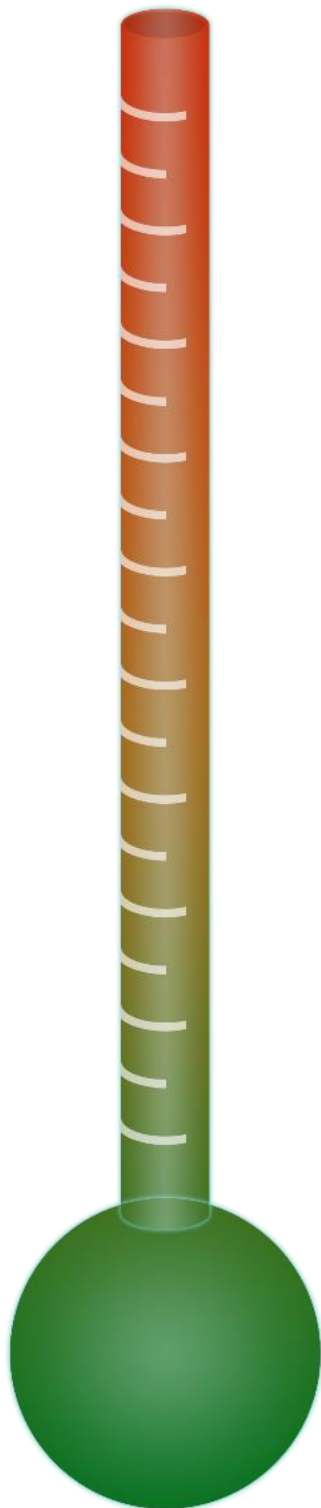


Uitdagen van je gedachten volgens de 6 stappen:

Gedachterapport	
Datum en dagdeel	
Wat is de dwanggedachte? (stap 1)	
Hoe sterk geloof je deze gedachte (stap 2)	
Welke bewijzen heb je dat het waar is wat je denkt? (stap 3)	
Welke bewijzen heb je dat het <u>niet</u> waar is wat je denkt? (stap 4)	
Wat is een andere manier om erover te denken? (stap 5)	
Hoe sterk geloof je deze nieuwe gedachte (stap 6)	



Bijlage 12: Gedachtethermometer



10. Geloof er heel sterk in

9.

8.

7. Geloof er best sterk in

6.

5.

4. Geloof er een beetje in

3.

2.

1. Geloof er niet in

Bijlage 13: Terugvalplan

FASE	Hoe voel ik me/ Wat merk ik?	Wat kan IK doen om te zorgen dat het beter gaat?	Wat kunnen ANDEREN doen om te zorgen dat het beter gaat?
GROEN 			
ORANJE 			
ROOD 			