

Omgaan met sociale angst

CGT behandelmodule gericht op het overwinnen van sociale angst

Colofon

Deze module is ontwikkeld door S. Schaffner 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. S. Schaffner

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 Sociale fobie
- 1.2 Behandeling van sociale fobie
- 1.3 Sociale fobie bij mensen met een verstandelijke beperking
- 1.4 Behandeling van sociale fobie bij mensen met een verstandelijke beperking

2. Psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking

- 2.1 Afstemmen op volwassen cliënten met een verstandelijke beperking, algemeen
- 2.2. CGT bij mensen met een verstandelijke beperking
- 2.3 Effectiviteit van CGT bij mensen met een verstandelijke beperking
- 2.4 Werkzame factoren in de behandeling

3. Systeem en netwerk

- 3.1 Sociale context
- 3.2 Inzet van het systeem

4. Doel en plaatsbepaling

5. Achtergronden van de CGT-behandelmodule “Omgaan met sociale angst”

6. Toelichting per hoofdstuk

Literatuur

Bijlagen

Voorwoord

Over het algemeen wordt aangenomen dat mensen met zwakbegaafdheid of een lichte 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 van 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 lichte 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 het verbeteren van het zelfbeeld bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte 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 sociale fobie 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/ZB/LVB genoemd.

1.1 Sociale fobie

Iedereen is weleens verlegen. We voelen ons dan niet op ons gemak in een sociale situatie, vragen ons af wat de ander over ons zal denken, zijn bang een blunder te begaan of schamen ons voor een trillende stem of blozende wangen waaraan de ander de verhoogde spanning kan herkennen. De meeste mensen zijn goed in staat om met deze angst om te gaan en laten zich hier niet of in beperkte mate door belemmeren. Voor een deel van de mensen is de angst echter zo hoog, dat dit hun functioneren belemmert. Ze hebben een beperkt sociaal leven, voelen zich geremd in het uitvoeren van taken op het werk of vermijden bijvoorbeeld het bellen met instanties. Er is dan sprake van een sociale fobie, wat ook wel een sociale-angststoornis wordt genoemd.

Het belangrijkste kenmerk van een sociale fobie volgens de DSM-IV-TR is dat er sprake is van een aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren. Men wordt daarbij blootgesteld aan onbekenden of een mogelijk kritische beoordeling door anderen. De sociale fobie kan in zeer specifieke situaties optreden zoals bijvoorbeeld bij het spreken voor grote groepen mensen, het ontmoeten van onbekenden of het bezoeken van een openbaar toilet. Wanneer de angst echter optreedt in de meeste sociale situaties is er sprake van een gegeneraliseerde sociale fobie. De DSM-V spreekt over een sociale angststoornis. Daarbij wordt aan de voorgaande criteria toegevoegd dat deze minimaal gedurende een periode van zes maanden aanwezig zijn.

De sociale fobie wordt gezien als de meest voorkomende angststoornis wanneer PTSS als een aparte stoornis wordt gezien (Tilfors, 2004) en de vierde meest voorkomende psychiatrische stoornis (Kessler et al., 2005) bij mensen zonder verstandelijke beperking. Jaarlijks hebben ca. 500.000 mensen in Nederland last van een sociale fobie terwijl de lifetime prevalentie in Nederland geschat wordt op 9,3% (de Graaf et al., 2012). Het ontstaan van de sociale fobie vindt vaak al op jonge leeftijd plaats. De meeste kritieke periode is de adolescentie en een sociale fobie ontstaat zelden pas na het 30^e jaar (Beesdo et al., 2007). Bij het ontstaan van een sociale fobie spelen verschillende factoren een rol. In de aanleg zijn genetische aspecten en het temperament van belang. Daarnaast hebben omgevingsfactoren invloed op de ontwikkeling van een sociale fobie. Het gaat hierbij onder andere over ouder-kind relaties, ervaringen van misbruik en mishandeling en pestervaringen met leeftijdgenoten (Brook & Schmidt, 2008). De negatieve ervaringen leiden waarschijnlijk tot een geconditioneerde angst die gegeneraliseerd wordt naar andere sociale situaties (Mineka & Zinbarg, 2006). De behandeling van sociale fobie door middel van cognitieve gedragstherapie is op deze theorie gebaseerd en blijkt erg effectief te zijn (Hoffman & Smits, 2008). Wanneer een sociale fobie niet behandeld wordt, krijgt de stoornis over het algemeen een chronisch karakter (Hayward et al., 2008). Er is een hoge comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, waaronder andere soorten angststoornissen, depressie, middelengebruik en persoonlijkheidsstoornissen (Stein, Torgrud & Walker, 2000). In een onderzoek van Fehm & Wittchen (2004) werd het voorkomen van een andere psychiatrische stoornis op enig moment in het leven op 69–81% geschat bij mensen met een sociale fobie. De sociale fobie leidt vaak tot een verminderd functioneren op verschillende gebieden, waaronder opleiding, werk en het gezinsleven. Mensen met een sociale fobie blijken vaker ongetrouwd en/of werkeloos te zijn (Baldwin & Buis, 2004).

1.2 Behandeling van sociale angst

Voor de behandeling van sociale angst zijn verschillende soorten therapieën ontwikkeld, waarbij onder andere gebruik gemaakt wordt van exposure in vivo, sociale vaardigheidstraining, cognitieve therapie en ontspanningsoefeningen. De verschillende interventies worden ook vaak met elkaar gecombineerd. Het meest effectief blijkt cognitieve gedragstherapie, hoewel exposure op zichzelf stand ook erg effectief gebleken is (Ponniah & Hollon, 2008). Aangezien de sociale vaardigheden van cliënten met een sociale angststoornis meestal wel adequaat zijn, heeft een sociale vaardigheidstraining over het algemeen minder effect.

Toegepaste relaxatie laat met name resultaat zien bij sociaal angstige cliënten die last hebben van chronisch verhoogde spanning.

In Nederland zijn er verschillende cognitieve gedragstherapie protocollen beschreven voor de behandeling van sociale angst. Hoewel de uitgangspunten voor het grootste deel overeenkomen, onderscheiden zij zich in de nadruk die gelegd wordt op de verschillende componenten en interventies. Het meest gebruikte protocol, dat beschreven staat in het boek “Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten” (Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2011) is in 1997 ontwikkeld door Mulkens en Bögels. In de loop der jaren is de kennis over deze behandeling fors toegenomen en is de behandeling empirisch goed onderbouwd. De behandeling is gebaseerd op de theorie dat mensen met sociale angst een verhoogd zelfbewustzijn hebben en hun aandacht hierdoor te veel op zichzelf richten. Zij zijn als gevolg hiervan onvoldoende in staat informatie van buitenaf in zich op te nemen en baseren zich voornamelijk op intern gegeneerde informatie (Clark & Wells, 1995). Daarnaast lukt het hen minder goed om zich op de taak te richten, wat de kans op ‘onhandig gedrag’ doet toenemen. Wanneer cliënten getraind werden om de aandacht meer naar buiten te richten, bleek dit een zeer gunstig effect te hebben op de sociale angstklachten (Bögels et al., 1995; Bögels et al., 1997; Wells, White & Carter, 1997). De behandeling richt zich tevens op het bewerken van disfunctionele cognities door middel van cognitieve therapie. De negatieve, disfunctionele gedachten worden uitgedaagd en getoetst aan de realiteit door middel van gedragsexperimenten. Hoewel exposure in vivo hierbij niet het primaire doel is, wordt de cliënt tijdens het uitvoeren van de verschillende gedragsexperimenten uiteraard wel aan door de cliënt gevreesde situatie blootgesteld.

Een ander protocol, onderdeel van de reeks “Protocollen voor de GGZ”, is in 2002 ontwikkeld door Voncken en Bögels. In dit protocol wordt met name gebruik gemaakt van cognitieve technieken. Uitgangspunt is dat verandering van de automatische gedachte dat anderen hen negatief zullen evalueren, ook zijn uitwerking heeft op het dieper liggende beeld dat cliënten van zichzelf hebben. Verandering wordt teweeggebracht door zowel de inschatting van de kans op een negatieve beoordeling als de ernst hiervan uit te dagen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een aantal vooraf uitgewerkte “eigen situaties”. Op deze manier kunnen de verschillende technieken in ieder geval geoefend worden, ook als de cliënt door vermijdingsgedrag geen of weinig bedreigende sociale situaties

meemaakt. Ook bij deze behandeling wordt gebruik gemaakt van verschillende soorten gedragsexperimenten. Onderzoek naar de effectiviteit van dit protocol heeft aangetoond dat de door de cliënt gemaakte denkfouten inderdaad effectief veranderen en dat het daarnaast ook effectief zelfgerichte aandacht, vermijdingsgedrag en angstsymptomen vermindert (Voncken & Bögels, 2006).


1.3 Sociale fobie bij mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking

Naar sociale angst bij mensen met ZB/LVB is nog maar beperkt onderzoek gedaan. De onderzoeken die gedaan zijn, richten zich met name op mensen met een lichte verstandelijke beperking en veel minder op de relatief grote groep zwakbegaafden. Deze behandelmodule is juist óók bedoeld voor deze groep cliënten.

Duidelijk is wel dat angstklachten veel voorkomen bij mensen met ZB/LVB. Angst wordt gezien als één van de meest voorkomende vormen van psychische stress bij deze groep mensen. Uit onderzoek (Reid et al, 2011) komt de prevalentie van angststoornissen bij mensen met ZB/LVB op een specifiek moment gemeten uit op 3,8%. Sociale fobie kwam in dit onderzoek als de derde meest voorkomende angststoornis naar voren.

Zoals eerder beschreven zijn er verschillende oorzaken voor het ontstaan van een sociale fobie. Naast aanleg spelen hechtingsfactoren en omgevingsfactoren hier een belangrijke rol in. Het is voorstelbaar dat mensen met ZB/LVB extra kwetsbaar zijn voor de ontwikkeling van sociale angstklachten.

In de aanleg blijkt dat mensen met ZB/LVB vaak moeite hebben met de sociale informatieverwerking. Het verwerken en begrijpen van complexe sociale situaties is voor hen lastig. De sociale regels worden niet als vanzelf aanvoeld en het gedrag van anderen is voor deze groep mensen vaak lastiger te interpreteren en te plaatsen. De sociale vaardigheden schieten tekort wat tot negatieve ervaringen in de sociale omgang kan leiden. Daarnaast blijken mensen met ZB/LVB sterker de neiging te hebben om de aandacht meer te richten op negatieve informatie en situaties ook sneller negatief te interpreteren (Van Nieuwenhuizen, Orobio de Castro, Wijnroks, Vermeer & Matthys, 2004). Behalve dat mensen met ZB/LVB meer geneigd zijn reacties van anderen negatief op te vatten, hebben zij ook daadwerkelijk vaker te maken met negatieve reacties. Veel mensen met ZB/LVB worden vanaf de vroege jeugd en gedurende de hele levensloop geconfronteerd



met pestervaringen en andere negatieve reacties van met name leeftijdgenoten. Het stigma en de vooroordelen waar zij mee te maken hebben, heeft invloed op het zelfbeeld en op de betekenis die sociale interacties krijgen (Dagnan & Jehoda, 2006).

Voor wat betreft de hechting tussen ouders en kinderen met ZB/LVB laat onderzoek door De Belie en Morisse (2007) zien dat deze onder druk staat. Factoren die hierbij een rol spelen zijn een vaak moeilijke start na de geboorte en een verminderde 'afleesbaarheid' van emoties door een vlakke of afwijkende expressie. Ook speelt de verstoorde sociale informatieverwerking een rol, waardoor het voor het kind moeilijker is om de reacties en signalen van de ouders goed te begrijpen. Tenslotte kan er sprake zijn van een beperkte emotionele beschikbaarheid van de ouders. Zij moeten vaak ook nog omgaan met hun eigen angsten en het rouwproces ten aanzien van het hebben van een kind met ZB/LVB. Gebleken is ook dat ouders van kinderen met ZB/LVB vaak overbeschermend blijven tijdens de overgang van adolescentie naar jong volwassenheid waarbij er een samenhang is gevonden tussen een overbescherpende opvoedingsstijl en sociale fobie (Neal & Edelman, 2003).

Wanneer ouders zelf ook zwakbegaafd zijn of een verstandelijke beperking hebben, zal het tot stand komen van een veilige hechtingsrelatie nog moeilijker zijn. De verminderde emotionele sensitiviteit, het beperkte vermogen hun kinderen adequaat te ondersteunen in de sociale informatieverwerking en de mogelijk eigen onveilige hechting spelen hierbij een rol.

1.4 Behandeling van sociale fobie bij mensen met een verstandelijke beperking

De behandeling van sociale fobie richt zich op het verkrijgen van een meer realistische kijk op hoe anderen de cliënt zien. In de behandeling van sociale fobie bij mensen met ZB/LVB is het echter belangrijk dat rekening gehouden wordt met het feit dat deze mensen daadwerkelijk vaker te maken hebben met een negatief oordeel door anderen en hierdoor meer moeilijkheden ervaren in sociale situaties (Lunsky & Benson, 2001). Erkenning van deze stigmatisering en aandacht voor wat dit voor de cliënt betekent is belangrijk. Daarnaast dient aandacht besteed te worden aan het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld en het aanleren van vaardigheden om met (negatieve) reacties van anderen om te gaan. Dit kan gedaan worden door met de cliënt te werken binnen de eigen sociale context waarin positieve interacties met anderen gecreëerd kunnen worden en waarbinnen een vergelijking met anderen gemaakt kan worden op gebieden waarop de cliënt goed presteert (Dagnan & Waring, 2004).

Hoewel nog weinig bekend is over de specifieke behandeling van sociale fobie bij mensen met ZB/LVB, is wel algemener onderzoek gedaan naar de mogelijkheden en effectiviteit van psychotherapie en met name cognitieve gedragstherapie bij deze doelgroep. Een overzicht hiervan wordt in het volgende hoofdstuk beschreven.

2 Psychotherapie bij mensen met 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 ZB/LVB mogelijk is (Vuijk, 2013). Doorgaans betreffen het gevalsbeschrijvingen. Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar het effect van (CGT)behandeling bij mensen met ZB/LVB.

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 ZB/LVB moet met het volgende rekening worden gehouden:

- Mensen met ZB/LVB hebben meer tijd nodig om zich nieuwe informatie eigen te maken. Het tempo van de behandeling moet daarom lager liggen en de behandeling moet 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 ZB/LVB hebben moeite met het zelfstandig huiswerkopdrachten maken.
- De opdrachten en de te volgen stappen moeten worden gevisualiseerd, zodat de cliënt ondersteund wordt in de thuissituatie.
- Psychosociale problemen.

Dit vraagt een zekere mate van creativiteit van de therapeut. 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 een 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 lichte 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 ZB/LVB hebben een beperkt vermogen tot sociale verantwoordelijkheid. Door het beperkte vermogen tot abstract denken en het moeite hebben met het interpreteren van complexe informatie, kan het moeilijk zijn om zich in sociale situaties of groepen staande te houden. Terwijl mensen met ZB/LVB wel sociaal geaccepteerd en competent willen zijn (Vuijk, 2013). Het afstemmen op de ander en het invoelen van intenties van de ander is beperkt, waardoor sociale interacties eveneens worden bemoeilijkt.

Van de psychotherapeut wordt dan een leidende, 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 (Dosen, 2005). Niet anders dan in 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. Tevens is hierbij van belang: consequent en duidelijk te zijn als therapeut. 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 gedrag (Dosen, 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 doorgaans 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 LVB zijn vereenvoudigd taalgebruik, het werken met kleine stappen en waarborgen dat generalisatie naar de thuissituatie kan plaatsvinden (Didden, Collin & Curfs, 2008). In 2008 komen Taylor, Lindsay en Willner tot de conclusie dat er een toename aan therapeuten is

die CGT-behandelingen, aangepast, aanbieden aan mensen met ZB/LVB. Zij menen dat mensen met ZB/LVB wel degelijk over de vaardigheden beschikken die nodig zijn om te kunnen profiteren van een CGT-behandeling: emoties kunnen benoemen, het herkennen van emoties. Het begrip van de mediërende rol van gedachten lijkt echter in mindere mate aanwezig te zijn.

Whitehouse et al. (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

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 laten 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 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 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. Hassiotis et al. hebben in 2011 een RCT (N=30) gepubliceerd waarin zij aantonen dat CGT effectief is voor mensen met ZB/LVB en een depressieve en/of angststoornis. 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, 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 gedragtherapie 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.

Recent (2015) heeft er onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van MBCT bij mensen met ZB/LVB, gediagnosticeerd met een depressieve- of angststoornis. 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 komt naar voren dat zowel depressieve symptomen als angstsymptomen sterk afnemen (Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle & Albany, 2015). Deze studie onderschrijft dat psychotherapie bij mensen met ZB/LVB zeker effectief is.

2.4 Richtlijnen voor effectieve interventies bij 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.

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 Dosen (Dosen, 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. Veelal dient er nagegaan te worden of de persoon de informatie wel heeft begrepen. Tevens wordt geadviseerd om visuele ondersteuning te gebruiken.

Concreet maken van de oefenstof

Door het beperkte werkgeheugen vindt leren voornamelijk plaats door middel van 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 raadt 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 informatieverwerking en vanwege de moeite met het houden van overzicht en vasthouden van langdurige concentratie (de Wit et al., 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 in hoofdstuk 2 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 diens systeem.

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

Psycho-educatie

Aan het systeem dient uitgebreide informatie gegeven te worden betreffende de psychiatrische stoornis van de cliënt. Ook dient er informatie gegeven te worden over het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Deze informatie heeft zowel betrekking op het cognitieve als op het sociaal-emotionele niveau van de cliënt.

Tot slot dient er aandacht te zijn voor in stand houdende factoren. Hierbij kan het steunsysteem eveneens, onbedoeld, een in stand houdende factor zijn.

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 sociale angstklachten en het verkleinen van de kans op terugval.

4.2 Doelgroep

Deze CGT module voor sociale angstklachten is ontwikkeld voor individueel gebruik voor mensen met een licht verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid en een sociale fobie.

4.3 Plaats van de CGT behandelmodule in het zorgprogramma

De CGT behandelmodule sociale fobie is een onderdeel van het zorgprogramma Stemming-, Angst,- en Somatoforme stoornissen (SAS) en verstandelijke beperking zoals dat binnen Kristal (Rivierduinen) is ontwikkeld.

Deze behandelmodule kan worden aangeboden aan alle cliënten met een ZB/LVB bij wie een sociale fobie is vastgesteld nadat er multidisciplinaire diagnostiek volgens het integratieve model van Dosen 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.

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 cognitieve gedragstherapie
- 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 “Omgaan met sociale angst”

Deze behandelmodule is met dank aan Fonds NutsOhra ontwikkeld. De module is voor het grootste deel gebaseerd op de eerder beschreven CGT behandelmodules “Protocollaire behandeling van cliënten met een sociale angststoornis” van Mulkens en Bögels en “Cognitieve therapie bij sociale angst” van Voncken en Bögels. Gezien het lagere sociaal-emotionele en cognitieve niveau van deze doelgroep zijn daarnaast elementen gebruikt uit de protocollaire groepsbehandeling voor kinderen en jongeren met angststoornissen “Denken+Doen=Durven”, ontwikkeld door Peijnenbug en Bögels. Tevens is als inspiratiebron gebruik gemaakt van het behandelprogramma “Denk goed, voel je goed” ontwikkeld door Stallard. Dit is een breed CGT-behandelprogramma voor kinderen en jongeren met bijvoorbeeld een angststoornis, depressie, post-traumatische stress-stoornis en/of een dwangstoornis.

In de toepassing van de behandeling dient continu rekening gehouden te worden met zowel het cognitieve als het sociaal-emotionele niveau van de cliënt. Uitleg kan indien nodig verder versimpeld worden. Tevens kan er op flexibele wijze voor gekozen worden enkele sessies in te korten, dan wel uit te breiden. Sommige cliënten zullen bijvoorbeeld meer baat hebben bij het gebruik van de ontspannings- en aandachtstechnieken, terwijl andere cliënten beter profiteren van de meer cognitieve aspecten van bijvoorbeeld de gedragsexperimenten. Een aantal sessies bevat ook veel informatie. Als het te veel blijkt deze stof in één keer te behandelen, kan ervoor gekozen worden de sessie op te splitsen. Tenslotte is het van belang rekening te houden met de context waarin de cliënt zich begeeft. Wanneer cliënten begeleid wonen en/of werken zullen zij voor andere taken staan in het sociaal contact dan wanneer zij zelfstandig wonen en werken. Bij het kiezen van de gedragsexperimenten is het belangrijk deze binnen de eigen sociale context plaats te laten vinden waarbij de cliënt ook daadwerkelijk een vergelijking van zichzelf met anderen kan maken.

De behandelmodule omvat de volgende aspecten:

- Psycho-educatie
- Cognitieve herstructurering (o.a. gedachten uitdagen)
- Vergroten van weerbaarheid
- Vergroten van probleemoplossend vermogen
- Aandachts- en ontspanningoefeningen
- Gedragsexperimenten
- Terugvalplan

6 Toelichting per hoofdstuk

Daar waar hij staat kan ook zij gelezen worden.

Hoofdstuk 1: kennismaking

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Vragenlijsten: SQ48 (zie bijlage 1) en cliëntthermometer (zie bijlage2) Indien aanwezig kan een specifieke vragenlijst gericht op sociale fobie, zoals bijvoorbeeld de Liebowitz Anxiety Scale (LSAS) toegevoegd worden.

Agenda

- Afname vragenlijsten.
- Uitleg van de behandeling.
- Opstellen doelen.

Afname vragenlijsten

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.

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

Uitleg van de behandeling

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 sociale fobie
- Het leren veranderen van de angstige gedachten
- Oefenen met angstige situaties

Leg uit dat dit een Doe-behandeling is. Naast de sessies 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.

De voorkeur gaat uit naar co-behandeling door een andere (ambulant werkende) behandelaar. Wanneer dit binnen de behandelsetting niet mogelijk is of wanneer de sociale angst een belemmering vormt in het werken met meerdere behandelaren tegelijkertijd, zou deze taak overgenomen kunnen worden door een begeleider indien cliënt deze heeft.

Opstellen doelen

Het concreet bepalen van de doelen is van belang zodat de cliënt wordt gestimuleerd na te denken over een toekomst waarin het probleem zich minder of niet meer voordoet. Cliënten zijn soms geneigd hoge, onrealistische doelen te stellen. Bespreek dat de behandeling er niet toe leidt dat de cliënt zich nooit meer verlegen of angstig voelt in sociaal contact. De behandeling is erop gericht om de cliënt te leren om anders met de angst om te gaan en zich hierdoor minder te laten belemmeren in het dagelijks leven.

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 is je sociale angst weg of bijna 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 kunnen doen als je klaar bent met de behandeling?’

‘Waar hoop je op?’

‘Wanneer kunnen we stoppen om elkaar te zien?’

Hoofdstuk 2: Sociale fobie, wat is dat?

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Dagboek lastige sociale situaties (zie bijlage 3)

Agenda

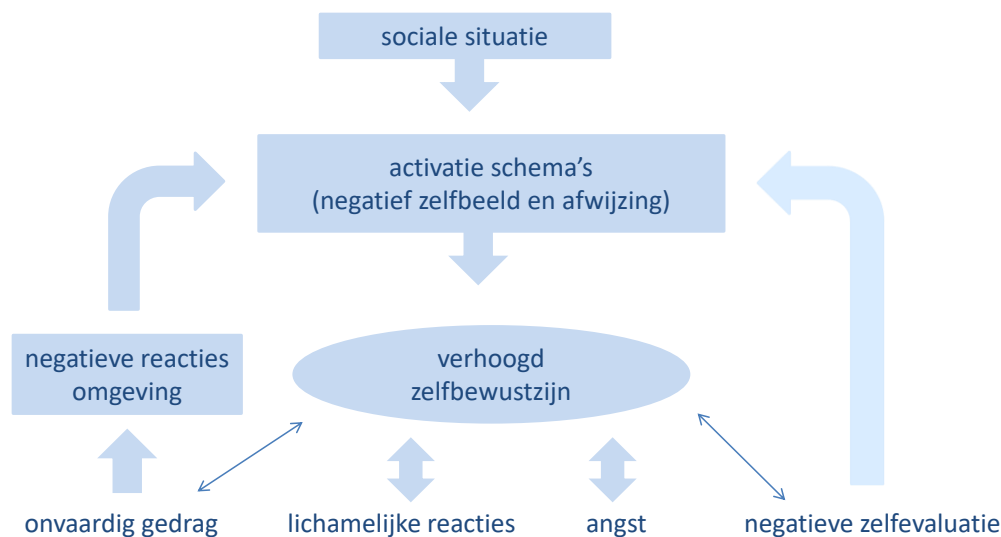
- Informatie over sociale fobie.
- Invullen kenmerken lijst.
- Voorbespreken huiswerk.

Informatie over sociale fobie

Dit hoofdstuk staat met name in het teken van uitleg geven over een sociale fobie. Het is van belang om steeds bij de cliënt na te gaan of deze de informatie heeft begrepen.

Voor mensen met ZB/LVB is het vaak lastig om algemene informatie op zichzelf te betrekken, met name wanneer deze niet volledig aansluit bij hetgeen zij zelf ervaren. Het is daarom belangrijk om te benadrukken dat mensen met een sociale fobie hier op een verschillende manier last van kunnen hebben. Tevens is het helpend wanneer bij de uitleg, waar mogelijk, gebruik wordt gemaakt van concrete voorbeelden die aansluiten bij de klachten en de belevingswereld van de cliënt.

Bij de uitleg kan gebruik worden gemaakt van de vicieuze cirkel:



In het werkboek voor de cliënt is een versimpelde versie hiervan weergegeven.


Invullen kenmerken lijst

De korte vragenlijst wordt ingevuld om de cliënt meer bewust te maken van welke klachten hij last heeft. Cliënten zijn zich soms beperkt bewust van de mate waarin de sociale fobie een rol speelt in hun leven, met name wanneer veel situaties al langere tijd vermeden worden.

Voorbespreken huiswerk

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 en probeer daar samen een oplossing voor te vinden.

De cliënt krijgt het tot dan toe besproken deel van het werkboek mee naar huis zodat hij datgene wat besproken is nog een keer zelf kan doorlezen. Als de cliënt niet kan lezen, kan gevraagd worden of de steunfiguur dit samen met cliënt wil doorlezen.



Het huiswerkblad is met name bedoeld om de cliënt bewust te laten nadenken over situaties die hij lastig vindt en zijn/haar reactie hierop. Benadruk dat hierbij ook situaties bijgehouden kunnen worden die de cliënt vermijdt.

Daarnaast is het blad een oefening om met huiswerk aan de slag te gaan. Cliënten zien hier vaak tegenop en vinden het soms lastig om dit in hun dagelijks leven in te voegen. Bespreek op welke momenten het huiswerk gedaan kan worden en wie de cliënt hier mogelijk ondersteuning in kan bieden. Er is voor gekozen om het dagboek elke dag in te laten vullen zodat de cliënt routine op kan bouwen in het invullen hiervan. Wanneer dit onderdeel is van de vaste structuur van de cliënt wordt het makkelijker hieraan te denken.

Wanneer de cliënt ondersteuning krijgt van begeleiding, kan gevraagd worden of de begeleiding kan helpen bij het invullen.

Hoofdstuk 3: Het opstellen van de eigen lastige situaties

Benodigheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Dagboek lastige sociale situaties (zie bijlage 3)

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Opstellen van de eigen lastige situaties.
- Voorbespreken huiswerk.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het de vorige keer over is gegaan en wat een sociale fobie is. Mochten er vragen of onduidelijkheden zijn, dan kan aanvullende uitleg gegeven worden.

Neem samen met de cliënt het bijgehouden dagboek 'lastige sociale situaties' door. De genoemde situaties kunnen mogelijk geclusterd worden en als leidraad gebruikt worden voor het opstellen van de eigen lastige situaties. Uit de kolom waarin de cliënt beschrijft wat hij gedaan heeft, komt ook het vermijdingsgedrag naar voren. Wanneer geen vermijding beschreven wordt door de cliënt, is het belangrijk hiernaar door te vragen. Zijn er situaties waaruit de cliënt weggegaan is toen het te spannend werd? Heeft de cliënt iets niet gezegd wat hij wel had willen zeggen maar niet durfde? Is er iets wat de cliënt niet gedaan heeft, maar eigenlijk wel had willen doen?

Opstellen van de eigen lastige situaties

Eerst wordt een inventarisatie gemaakt van situaties die de cliënt lastig vindt. Veel cliënten hebben moeite om hun eigen vermijdingsgedrag te herkennen. Het is daarom belangrijk ook door te vragen naar situaties die momenteel wellicht niet voorkomen (en daardoor door de cliënt niet meer als lastig ervaren worden), maar die de cliënt wellicht wel graag zou willen doen wanneer de sociale angst niet zou bestaan.

Vraag vervolgens de situaties uit. Ga daarbij op zoek naar het moment in de situatie dat de angst het hevigst is. Het gaat daarbij om het gedrag van de cliënt op dat moment.

Houdt bij het formuleren van de eigen lastige situaties rekening met het volgende:

- Gebruik de “ ik” vorm.
- Formuleer de situaties op een objectieve manier, zonder interpretatie.
- De situatie gaat over een sociale interactie en beschrijft dat stuk van de sociale situatie waar de cliënt het meest angst voor heeft.
- Beschrijf het concrete gedrag in de situatie, niet het vermijdingsgedrag.

Enkele voorbeelden van situaties:

“ Mijn collega stelt een vraag aan mij en ik geef niet meteen antwoord”

“ Ik loop de huiskamer binnen en mijn huisgenoten beginnen te lachen”

“ Ik voer een gesprek met iemand en ik begin te blozen”

Wanneer de situaties goed beschreven zijn, dient de bijbehorende interpretatie uitgevraagd te worden. Soms worden meerdere interpretaties genoemd. Ga dan na wat in deze situatie het meest gevreesde oordeel is.

Houdt bij het uitvragen van de interpretaties rekening met het volgende:

- Het gaat om negatieve beoordelingen door anderen.
- De interpretaties moeten stellig geformuleerd worden. Woorden als “misschien” of “waarschijnlijk” zijn hierbij niet passend.

Enkele voorbeelden van interpretaties:

“ Ze vinden me raar”

“ Hij/zij vindt me dom”

“ Deze persoon vindt mij saai”

Voorbespreken huiswerk

De cliënt vult de komende week hetzelfde dagboekformulier in als in de afgelopen week. Door het vaker te doen, zal het voor de cliënt makkelijker worden om situaties objectief te beschrijven en na te gaan wat zijn gedachten waren in deze situatie.

Bespreek, wanneer het huiswerk maken de vorige keer niet goed gelukt is, waardoor dit komt. Bedenk samen met de cliënt een manier waarop het makkelijker zal zijn het huiswerk wel te maken. Bespreek ook nogmaals het belang van huiswerk. Om te veranderen zal de cliënt thuis aan de slag moeten. Alleen het volgen van de behandelafspraken zal niet voldoende zijn.

Hoofdstuk 4: Uitleg over de samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Dagboek lastige situaties (zie bijlage 3)
- Vragenlijst over verschillende situaties (zie bijlage 4)
- 2x huiswerkblad “andere mogelijke gedachten” (zie bijlage 5)

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Uitleg over GGG schema's.
- Oefenen met “anders denken”.
- Voorbespreken huiswerk.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het vorige hoofdstuk over is gegaan. Bekijk samen met de cliënt het dagboekformulier en ga na of er nog aanpassingen gedaan moeten worden aan de eigen situaties die in de vorige sessie zijn opgesteld.

Informatie over gedachten, gevoelens en gedrag

Voor cliënten is het vaak lastig om het onderscheid te maken tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Zo wordt de gedachte “ik heb het gevoel dat zij me niet mogen” vaak geïnterpreteerd als gevoel. Een hulpmiddel om de cliënt uit te leggen dat het hierbij om een gedachte gaat, is door het zinsdeel “ik heb het gevoel dat” te vervangen door “ik denk dat”.

Tevens is het van belang te benadrukken dat we alleen over gedrag spreken wanneer de cliënt er controle op uit kan oefenen en het dus ook bewust anders zou kunnen doen. De lichamelijke reacties die bij een sociale angststoornis vaak voorkomen (blozen, trillen, transpireren etc.) zijn een autonome reactie samenhangend met de emotie. Dit is dus geen gedrag!

De samenhang tussen gebeurtenis, gedachten, gevoelens en gedrag

Begin met een algemene uitleg te geven dat gedachten over een situatie het gevoel kunnen beïnvloeden. Gebruik hierbij het voorbeeld van wakker worden van een geluid terwijl je in bed ligt. Voor sommige cliënten kan het lastig zijn dit op abstracte wijze te benaderen waardoor zij de neiging hebben de situatie erg op zichzelf te betrekken. Zij geven dan bijvoorbeeld aan dat ze dat nooit zouden kunnen denken dat hun vriend/vriendin thuiskomt, aangezien ze geen relatie hebben. Het belangrijkste is dat de cliënt het concept begrijpt dat gedachten over een situatie invloed hebben op gevoelens. Wanneer het niet lukt dit vanuit het “ik”-perspectief te benaderen kan je de voorbeelden ook benaderen vanuit het perspectief van verschillende mensen die de cliënt kent. Bijv. “Mijn vriend ligt in bed en wordt wakker van een geluid....”

Bij de gegeven voorbeelden zijn de gedachten al ingevuld. Dit maakt het voor de cliënt makkelijker om de invloed van gedachten op het gevoel te begrijpen. De voorbeelden zijn zo opgesteld dat dezelfde gebeurtenis tot de vier verschillende basisemoties (bang, blij, boos, bedroefd) kan leiden.

Oefenen

Bij de eerste oefening is het de bedoeling dat de eerste gedachte die in het hoofd van cliënt opkomt (ook wel spontane interpretatie genoemd) opgeschreven wordt en daarna ook de bijbehorende emotie en het gedrag. Het kan zijn dat cliënten met name de emoties die de situatie oproept kunnen herkennen of direct vertellen wat zij zouden doen. Belangrijk is te kijken naar welke gedachte deze emotie teweegbrengt of tot dit gedrag leidt.

Vragen die hierbij kunnen helpen zijn:

“Wat denk je dat die ander over jou zal denken”

“Wat denk je dat die ander op dat moment van jou vindt”

De beschreven hypothetische gebeurtenissen zijn zodanig opgesteld dat deze bij de meeste mensen met een sociale fobie gedachten oproepen die tot angst leiden. Veel mensen met een verstandelijke beperking herkennen de emotie boosheid makkelijker dan angst. Soms ook worden deze emoties door elkaar gehaald. Probeer, wanneer de cliënt met name aangeeft boosheid te voelen, te achterhalen of angst voor een negatief oordeel/afwijzing eveneens een rol speelt. Je zou

bijvoorbeeld na kunnen gaan wat de cliënt verwacht dat de ander over hem/haar denkt.

Nadat meer inzicht verkregen is in de invloed die gedachten hebben op gevoel en gedrag, gaat de cliënt oefenen met anders denken. Geprobeerd wordt om aan de hand van één van de voorbeeldsituaties de automatische gedachte van cliënt even los te laten en de situatie vanuit een ander perspectief te bekijken. Voor mensen met ZB/LVB is dit vaak extra lastig.

Het stellen van de volgende vragen kan de cliënt hierbij helpen:

“Wat zou je vriend/vriendin/collega/therapeut/begeleider/de koning etc. denken in deze situatie?”

“Bij welke gedachte zou je je blij/boos/bedroefd/bang voelen?”

“Welke gedachte zou maken dat je je rustig voelt?”

De interpretaties hoeven niet realistisch te zijn. Wanneer de cliënt het heel erg moeilijk vindt, mag de cliënt op een wat directievere manier ondersteund worden. Het gaat er met name om dat duidelijk wordt dat er over dezelfde situatie op verschillende manieren gedacht kan worden. Daarbij is het van belang ook aandacht te hebben voor mogelijke positieve gedachten aangezien deze voor de cliënt zelf vaak het lastigst zijn om te bedenken.

Voorbespreken huiswerk

Laat de cliënt doorgaan met het bijhouden van het dagboek ‘lastige situaties’.

Vraag de cliënt de lijst met voorbeeldsituaties in te laten vullen door in ieder geval twee andere mensen. Voor mensen met een sociale fobie is het meestal erg lastig dit aan anderen te vragen. Bedenk samen met de cliënt aan wie hij/zij dit zou durven vragen. Mogelijk is er een vriend of vriendin die van de behandeling afweet, een familielid, begeleiding of wellicht de therapeut zelf. Het voornaamste doel is verschillende soorten interpretaties te verkrijgen. Let er dus wel op dat de lijst niet alleen gegeven wordt aan mensen die net zo angstig zijn als de cliënt zelf.

Vraag de cliënt voor twee voorbeeldsituaties, die nog niet in de sessie geoefend zijn, het formulier “andere mogelijke gedachten” in te vullen. Wanneer mogelijk kan bij het invullen hiervan ondersteuning gevraagd worden aan begeleiding.

Hoofdstuk 5: Het uitdagen van de automatische gedachten in de eigen lastige situaties

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Dagboek lastige sociale situaties (zie bijlage 3)
- Vragenlijst over verschillende situaties (2) (zie bijlage 6)
- Huiswerkblad 'andere mogelijke gedachten' (zie bijlage 5)

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Oefenen met GGG-schema's.
- Voorbespreken huiswerk.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het de vorige keer over is gegaan. Ga na of de cliënt voldoende begrepen heeft van de samenhang tussen gebeurtenis-gedachte-gevoel-gedrag. Geef wanneer nodig aanvullende uitleg.

Bespreek kort het dagboek 'lastige sociale situaties'.

Bekijk samen met de cliënt de door anderen ingevulde lijst met voorbeeldsituaties. Bespreek wat hier opvallend aan is. Heeft de cliënt gezien dat er verschillende soorten interpretaties mogelijk zijn? Wanneer er interpretaties tussen zitten die passen bij wat de cliënt zelf ingevuld heeft, kan dat gebruikt worden om te laten zien dat de cliënt helemaal niet zo apart is met zijn/haar angst. Wanneer positievere interpretaties ingevuld zijn kan besproken worden dat er ook andere manieren van denken zijn dan wat voor de cliënt vanzelfsprekend is.

Bekijk eveneens samen met de cliënt de ingevulde formulieren "andere mogelijke gedachten". Kijk of het gelukt is ook positievere interpretaties te bedenken. Wanneer dit niet het geval, help de cliënt ermee dit alsnog te doen. Je kan hierbij gebruik maken van de in het werkboek beschreven "hulpjes om anders te denken".

Oefenen

In dit hoofdstuk wordt verder gewerkt aan het anders leren denken zoals de cliënt geleerd heeft te doen bij de voorbeeldsituaties. Het is nu echter de bedoeling dat cliënt verschillende mogelijke interpretaties bedenkt bij de eerder opgestelde eigen lastige situaties. Voor cliënten is dit nog veel moeilijker omdat de automatische gedachte zo sterk is dat het lastig is om vanuit een ander perspectief te kunnen denken. Probeer opnieuw om de cliënt zelf zo veel mogelijk andere gedachten te laten formuleren, maar ondersteun hem hierbij wanneer nodig.

Voorbespreken huiswerk

Vraag de cliënt nog een keer het dagboek 'lastige sociale situaties' bij te houden

Vul de vragenlijst over verschillende situaties in met de in hoofdstuk 3 opgestelde eigen lastige situaties. Hierbij kan de vragenlijst uit hoofdstuk 4 als voorbeeld gebruikt worden. Vraag de cliënt de vragenlijst over verschillende situaties in te laten vullen door twee andere mensen. Dit kunnen dezelfde mensen zijn als de vorige keer of twee anderen. Voor cliënten is het extra spannend wanneer het de eigen lastige situaties betreft. Belangrijk is dus dat de cliënt een zekere mate van veiligheid ervaart in het contact.

Vraag de cliënt van één eigen lastige situatie het formulier "andere mogelijk gedachten" in te vullen. Wanneer mogelijk kan bij het invullen hiervan ondersteuning gevraagd worden aan begeleiding.

Hoofdstuk 6: De taartpuntmethode

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Oefening taartpuntmethode (zie bijlage 7)
- 3x het dagboekformulier taartpuntmethode (zie bijlage 8)

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Uitleg over het taartdiagram.
- Oefenen met de taartpuntmethode.
- Voorbespreken huiswerk.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het vorige hoofdstuk over is gegaan.

Bekijk kort de dagboekformulieren en de lijsten die de cliënt door anderen heeft laten invullen.

Ga na of het gelukt is om zelfstandig, of eventueel met hulp van een steunfiguur, verschillende soorten interpretaties te bedenken voor een van de eigen lastige situaties.

Informatie over het taartdiagram

Leg uit dat het voor mensen die angstig zijn heel lastig is om een reële risico-inschatting te maken. Ze geloven zo sterk in datgene waar ze bang voor zijn, dat ze zich niet voor kunnen stellen dat er ook andere mogelijke uitkomsten zijn. Daar komt bij dat zij informatie selectief waarnemen. Alle informatie die hun angst bevestigt nemen zij in zich op, terwijl informatie die angst ontkracht langs hen heen gaat. Tenslotte worden negatieve ervaringen als zo naar ervaren, dat deze beter onthouden worden.

Oefenen met de taartpuntmethode

Laat de cliënt één van de eigen lastige situaties uitkiezen waarvoor in de voorgaande sessie of tijdens het maken van het huiswerk al meerdere mogelijke andere interpretaties zijn bedacht. Ga na wat de automatische gedachte van de cliënt in deze situatie zou zijn en laat de cliënt aangeven hoeveel mensen uit een groep van 100 dit over hem/haar zullen denken.

Als de cliënt percentages begrijpt kan eventueel ook direct naar een percentage gevraagd worden. Als een patiënt het erg lastig vindt om met grotere getallen tot 100 te werken, kan er ook voor gekozen worden om een schaal tot 10 te gebruiken, al is dit uiteraard minder onderscheidend.

Teken vervolgens een cirkel op het whiteboard. Leg uit dat deze verdeeld gaat worden in verschillende stukken. De grootte van elk stuk geeft aan hoe groot de kans is dat die gedachte waar het stuk voor staat waar is. Dit kan concreter gemaakt worden door de cliënt, net als bij de automatische gedachte, aan te laten geven hoeveel van een groep van 100 mensen dit over de cliënt zullen denken. Je kan de cliënt daarna helpen met hoe groot het stuk dan ongeveer wordt, afhankelijk van het percentage dat de cliënt genoemd heeft.

Als het voor een cliënt te moeilijk blijkt om vooraf een percentage aan te geven, kan er ook voor gekozen worden om de cliënt direct zelf de stukken in de cirkel te laten tekenen. Hierbij is het echter makkelijker voor de cliënt om vooraf te bedenken dat hij/zij genoeg ruimte over wil houden voor de automatische gedachte.

Het is belangrijk alle eerder bedachte alternatieve gedachten in de cirkel te verwerken. Wanneer deze nog niet genoemd was moet ook nog de mogelijkheid dat de ander niks denkt erin opgenomen worden. Bespreek met de cliënt dat waarschijnlijk niet alle mogelijke alternatieven bedacht zijn. Daarom wordt ook ruimte voor “overige mogelijke gedachten” ingeruimd.

Cliënten mogen de verdeling van de cirkel tussendoor steeds aanpassen als dat nodig is. Het is daarom raadzaam op een uitwisbaar bord te werken of eventueel met potlood en papier waarbij gegumd kan worden.

Pas wanneer alle mogelijke gedachten een plek in de cirkel hebben gekregen, wordt de cliënt gevraagd hoeveel ruimte de automatische gedachte in de cirkel moet krijgen. Vaak is er niet meer zo veel ruimte over en in ieder geval minder dan dat de cliënt bedacht had voor de automatische gedachte. Probeer samen met de cliënt een oplossing te bedenken. Wellicht dat de stukjes van (sommige) andere gedachten toch kleiner gemaakt moeten worden. Het kan ook zijn de automatische gedachte toch wat minder ruimte moet krijgen dan in eerste instantie gedacht.

Laat de cliënt na het maken van het taartdiagram deze nog eens goed bekijken. Wat valt hem/haar op? Hoe sterk gelooft de cliënt nu nog in zijn/haar automatische gedachte?

Voorbespreken huiswerk

Vraag de cliënt de komende week minimaal 3x het dagboekformulier taartpuntmethode in te vullen. Er is voor gekozen het dagboekformulier niet meer elke dag in te laten vullen aangezien dit nu aanzienlijk meer tijd en moeite kost. Bespreek dat de mogelijkheden “de ander denkt niks” en “overige mogelijke gedachten” altijd een plek in de cirkel dienen te krijgen. Deze zou de cliënt vooraf alvast op het dagboekformulier kunnen zetten onder andere mogelijke gedachten. Wanneer er begeleiding betrokken is bij de cliënt kan deze gevraagd worden te ondersteunen bij het maken van het taartdiagram. De begeleiding dient vooraf dan wel duidelijke uitleg en instructies te krijgen. Het risico bestaat dat de cliënt zelf veel moeite heeft met het bedenken van alternatieve gedachten waardoor de automatische gedachte alsnog een groot deel van het diagram inneemt. Ook kan het lastig zijn voor de cliënt om zelf een verdeling te maken in het taartdiagram. Wanneer blijkt dat dit inderdaad lastig is voor de cliënt kan ervoor gekozen worden de cliënt achter elke alternatieve gedachte tussen haakjes aan te laten geven hoeveel mensen van een groep van 100 mensen die gedachte zullen hebben. Op die manier kan later samen met de cliënt alsnog de goede verdeling getekend worden. Om het verdelen van de stukjes concreter te maken, zou er bijvoorbeeld ook voor gekozen kunnen worden om vooraf verschillende maten taartpunten te knippen. De cliënt kan dan kiezen welk formaat het best passend is bij welke gedachte.

Hoofdstuk 7: De ernstthermometer

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Oefening ernstthermometer (zie bijlage 9)
- 3x het dagboekformulier ernstthermometer (zie bijlage 10)

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Informatie over risico inschatting.
- Oefenen met de ernstthermometer.
- Voorbespreken huiswerk.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het vorige hoofdstuk over is gegaan.

Bespreek de dagboekformulieren. Is het de cliënt gelukt om alternatieve gedachten te bedenken en een goede verdeling te maken in het taartdiagram? Geef, wanneer dit nodig blijkt, aanvullende uitleg en bekijk samen met cliënt hoe een realistische verdeling gemaakt kan worden.

Informatie

Leg uit dat het voor mensen die angstig zijn niet alleen heel lastig is om een reële risico-inschatting te maken, maar dat zij ook overschatten hoe erg het zou zijn als hun angstige gedachte inderdaad waar zou zijn. Hoewel datgene waar ze bang voor zijn op dat moment wel het allerergste lijkt wat mensen van hen zouden kunnen vinden, is dat objectief gezien niet zo.

Ga ook na of het al een keer voorgekomen is dat de angstige gedachte inderdaad uitkwam. Was het inderdaad zo erg als verwacht? En wat gebeurde er dan? Wanneer de eerdere ervaring meeviel is dat al een begin om de angstige gedachte in perspectief te kunnen plaatsen en kan dit door middel van de ernstthermometer verder uitgewerkt worden. Wanneer dit niet het geval is, zal de ernstthermometer een goede start zijn om genuanceerder over de ernst van datgene wat de cliënt vreest na te kunnen denken.

Oefenen

Ga eerst na met welke door de cliënt gevreesde eigenschap de thermometer ingevuld gaat worden. Hoe ernstig wordt deze eigenschap door de cliënt ingeschat?

Vervolgens maak je samen met de cliënt een brainstorm over allerlei onprettige eigenschappen die mensen kunnen hebben. Probeer de cliënt zo veel mogelijk zelf eigenschappen te laten bedenken. Het kan hierbij helpen om de cliënt concrete personen te laten noemen die hij kent en te laten vertellen welke eigenschappen van deze mensen hem niet aanstaan. De kans is aanwezig dat de cliënt vooral veel eigenschappen opnoemt die dicht bij de door de cliënt gevreesde eigenschap liggen. Ook kan het zijn dat de cliënt direct al aangeeft dat de negatieve eigenschappen van anderen wel meevallen.

Ondersteuning kan geboden worden door de cliënt eigenschappen te laten noemen van mensen die echt nare dingen gedaan hebben (Hitler, Dutroux etc.) of, wanneer deze voorbeelden hen niet veel zeggen, minder concrete nare mensen te noemen (moordenaars, oorlogsmisdadigers, pedofielen etc.). Hetzelfde kan gedaan worden om tot minder erge eigenschappen te komen. Naast de mensen in de eigen omgeving van de cliënt kunnen ook bekendheden of zelfs karakters uit een soapserie o.i.d. gebruikt worden om op zoek te gaan naar eigenschappen die bijvoorbeeld irritant of niet zo leuk zijn.

Laat de cliënt na de brainstorm alle eigenschappen op de ernstthermometer invullen. De ergste eigenschappen staan bovenaan, de minst erge helemaal onderaan. Eventueel kan er ook voor gekozen worden om (daarnaast) aan te laten geven hoe erg de eigenschap is op een schaal van 0 tot 100 of, wanneer dit een te grote schaalverdeling is voor de cliënt, een schaal van 0 tot 10.

Als laatste wordt de door de cliënt gevreesde eigenschap op de thermometer geplaatst. Als de cliënt de eigen eigenschap onrealistisch hoog plaatst, bespreek je met de cliënt of dit echt wel zo is. Vindt de cliënt dit bij een ander ook erger dan de eigenschappen die eronder staan? En hoe zouden andere mensen hierover denken als je hen dit vraagt?

Ga na of de mate van ernst, zoals vooraf door de cliënt was ingeschat veranderd is door het invullen van de ernstthermometer.

Varianten op de ernstthermometer

In plaats van een ernstthermometer met nare eigenschappen te maken, kan er ook een ernstthermometer gemaakt worden met mensen die de door de cliënt gevreesde eigenschap in meer of mindere mate hebben. De cliënt bedenkt dan (met hulp) welke personen in zijn/haar omgeving deze eigenschap hebben en zet de mate waarin ze deze eigenschap hebben in de thermometer. Ook hier kunnen bekende personen betrokken worden in de brainstorm. Als laatste plaatst de cliënt zichzelf op de thermometer.

Wanneer de cliënt iets vreest wat anderen hem aan zouden kunnen doen (bijvoorbeeld uitlachen), kan ook een ernstthermometer ingevuld worden met alle dingen die mensen elkaar aan zouden kunnen doen. Datgene wat de cliënt vreest wordt wederom als laatste op de thermometer ingevuld.

Voorbespreken huiswerk

Vraag de cliënt de komende week minimaal 3x het dagboekformulier ernstthermometer in te vullen.

Wanneer er begeleiding betrokken is bij de cliënt kan deze gevraagd worden te ondersteunen bij het maken van de ernstthermometer.

Hoofdstuk 8: Helpende gedachten

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Dagboekformulier (zie bijlage 11)
- Kaartjes in het formaat van een bankpasje

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Uitleg over helpend gedrag.
- Oefening: een hulpkaartje maken.
- Voorbespreken huiswerk.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het vorige hoofdstuk over is gegaan. Bespreek de dagboekformulieren. Is het de cliënt gelukt om meerdere eigenschappen te bedenken en deze op een realistische manier over de thermometer te verdelen?

Uitleg over helpend gedrag

De kans dat anderen datgene over de cliënt denken waar hij bang voor is, is kleiner dan de cliënt denkt. Toch kan het een keer gebeuren dat deze angst werkelijkheid wordt. Het is daarom belangrijk vooraf helpend gedrag aan te leren en met de cliënt voor te bereiden wat hij in zo'n situatie zou kunnen doen. Wanneer je met cliënten de mogelijke reacties bespreekt, is de kans groot dat zij met name hun eigen vermijdingsgedrag noemen. Probeer echter samen met de cliënt ook naar andere mogelijke reacties te zoeken. Het kan helpen om aan de cliënt te vragen wat andere personen in hun eigen omgeving in zo'n situatie zouden doen. Ook kan de vraag gesteld worden hoe verschillende bekende mensen (de koning, een bekende sporter, een acteur etc.) in zo'n situatie zouden reageren. Wanneer de cliënt het moeilijk vindt om verschillende reacties te bedenken, is het nodig hierbij ondersteuning te bieden. Probeer zo veel mogelijk verschillende categorieën van gedragingen te bedenken, daarmee wordt de kans groter dat er reacties tussen zitten die bij de cliënt passen.

Oefening: een hulpkaartje maken

Het hulpkaartje wordt gemaakt om de cliënt een concrete ondersteuning te geven op moeilijke momenten. Op het moment dat ze rustig zijn, zijn cliënten beter in staat te bedenken of te onthouden wat ze zouden kunnen doen. Op momenten dat de spanning oploopt, lukt dit vaak niet.

De cliënt kan het kaartje gebruiken om voor een moeilijke situatie nog even na te kijken wat de helpende gedachte ook alweer is en hoe hij/zij kan reageren mocht de angstige gedachten toch werkelijkheid worden. Het kaartje kan ook in de situatie zelf gebruikt worden.

Betrek de cliënt niet alleen bij het bepalen van de inhoud van het kaartje, maar ook bij de vorm ervan. Het voorbeeldkaartje in het werkboek is uitgebreid en bevat veel tekst. Voor sommige cliënten zal dit te veel informatie zijn. Er kan in zo'n geval ook voor gekozen worden om met steekwoorden te werken of met plaatjes. Als een cliënt de taartpuntmethode of de ernst-thermometer lastig vindt, kan er ook voor gekozen worden om deze weg te laten. Belangrijk is dat in ieder geval de helpende gedachte en het helpend gedrag erop staat.

Voor sommige cliënten kan het goed werken om een teken te koppelen aan de helpende gedachte. Je laat de cliënt oefenen door telkens wanneer hij/zij het kaartje leest ook een gebaar o.i.d. te maken, zoals bijvoorbeeld een gebalde vuist. Op deze manier zorgt de gebalde vuist er na verloop van tijd voor dat de cliënt steun heeft aan het hulpkaartje zonder dat het kaartje daadwerkelijk gelezen hoeft te worden. Dit is vooral handig op moeilijke momenten waarop het ongemakkelijk is om eerst een kaartje tevoorschijn te moeten pakken en te lezen.

Voorbespreken huiswerk

Laat de cliënt de komende week minimaal 3x het volledige dagboekformulier invullen. Dit is vrij veel werk aangezien zowel de taartpuntmethode als de ernstthermometer erop ingevuld dienen te worden. Wanneer dit een aandachtspunt is voor cliënt, is het extra belangrijk om vooraf te bespreken wanneer tijd ingeruimd kan worden voor het maken van het huiswerk. Tevens is het wederom helpend wanneer begeleiding de cliënt kan ondersteunen bij het invullen van de formulieren. Spoor de cliënt ertoe aan om het hulpkaartje actief te gaan gebruiken voor of tijdens lastige situaties.

Hoofdstuk 9: Aandacht en ontspanning

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Dagboekformulier (zie bijlage 11)
- Aandachtsoefening (zie bijlage 12)
- Ontspanningsoefening (zie bijlage 13)
- Eventueel een cd met daarop de progressieve relaxatie volgens Jacobsen

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Informatie over taakgerichte aandacht en ontspanning.
- Oefening taakconcentratie.
- Ontspanningsoefening doen.
- Voorbespreken huiswerk.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het de vorige keer over is gegaan.

Bespreek kort de dagboekformulieren en vraag na of de cliënt het hulpkaartje gebruikt heeft. Pas, indien nodig, het hulpkaartje aan.

Informatie over taakgerichte aandacht en ontspanning

Leg uit dat mensen met een sociale fobie in het algemeen sterk geneigd zijn om op zichzelf te letten en zich daardoor ook heel bewust zijn van wat zij voelen, hoe hun lijf reageert bij spanning (blozen, stotteren, trillen) en hoe zij denken op anderen over te komen. Het gericht zijn op jezelf maakt niet alleen dat je negatiever over jezelf gaat denken en je daardoor steeds angstiger voelt (zie ook de vicieuze cirkel uit hoofdstuk 2), het maakt ook dat er geen ruimte meer is om je op andere dingen te richten.

Ook de sociale omgang met anderen kun je beschouwen als een taak. Wat die taak inhoudt kan heel concreet zijn, zoals bijvoorbeeld aan de buurman vragen of hij tijdens jouw vakantie de planten water zou willen geven, of minder duidelijk omschreven zoals een praatje maken met een onbekende op het feestje dat je komend weekend hebt. Toch is ook deze taak concreter te maken door hem in

kleinere stukken op te delen. Onderdelen van de taak kunnen dan zijn het beginnen van een praatje met een vooraf bedacht gespreksonderwerp, het luisteren naar wat de ander zegt, het geven van ruimte aan de ander als je bij spanning juist maar door blijft praten etc.

Bespreek tevens dat angst in sociale situaties ervoor zorgt dat iemand meer gespannen raakt. Door spanning wordt het nog moeilijker om je te concentreren en om je taak goed uit te voeren.

Oefening taakconcentratie

Deze oefening heeft tot doel de cliënt te laten ervaren dat taakgerichtheid het succes van het uitvoeren van de taak verhoogt, terwijl spanning en zelffocus ertoe leiden dat je een taak minder goed uit kan voeren.

In de eerste luisteroefening zitten de therapeut en de cliënt met de ruggen naar elkaar toe. Doordat er geen oogcontact gemaakt wordt, zal de cliënt de aandacht minder op zichzelf en de daarmee gepaard gaande negatieve gedachten richten. Het wordt hierdoor makkelijker om goed te luisteren en het verhaaltje daarna samen te vatten.

In de tweede luisteroefening wordt de spanning verhoogd doordat de cliënt oogcontact moet maken en zich meer bewust zal zijn van hoe hij op de ander overkomt en wat de therapeut over hem zou kunnen denken.

De verhaaltjes die de therapeut vertelt dienen kort en neutraal te zijn. Het onderwerp zelf mag niet tot verhoogde spanning leiden bij een cliënt. Probeer dus verhaaltjes over sociale situaties (bijvoorbeeld over een feestje) te vermijden. Onderwerpen die geschikt zijn, zijn bijvoorbeeld een vakantie, iets dat je op televisie gezien hebt, een gebeurtenis op straat etc.

Een voorbeeld van een kort verhaaltje is:

“Vorig jaar ben ik naar Tenerife op vakantie geweest. We moesten al om 5.00uur 's ochtend op Schiphol zijn, maar hebben daarna nog drie uur moeten wachten voordat het vliegtuig vertrok. Toen we op Tenerife aankwamen bleek het gelukkig heel mooi weer te zijn. We zijn eerst naar ons hotel gegaan en zijn daarna direct het zwembad in gesprongen. Verder hebben we tijdens de vakantie het eiland ontdekt. Er zijn veel vulkanen en we hebben de hoogste berg, bijna 4000m hoog, beklommen. Het eten vond ik ook heerlijk. Omdat Tenerife een eiland is, wordt er

veel vis gegeten. Daar moet je dus wel van houden. Ik zou best nog een keertje terug willen, maar dit jaar gaan we kamperen in Friesland. Dat is ook leuk!”

Na afloop van de oefeningen wordt met de cliënt besproken hoe hij/zij deze ervaren heeft en waar de aandacht vooral op gericht was. Ook de verschillen tussen de oefeningen worden besproken.

Wanneer de cliënt aangeeft dat de zelfgerichte aandacht niet verhoogd was bij de tweede luisteroefening, kan er nog een derde oefening aan toegevoegd worden waarbij therapeut en cliënt elkaar wederom aankijken en de cliënt de expliciete opdracht krijgt om tijdens het luisteren de aandacht op zichzelf te richten.

Optioneel kan er ook voor gekozen worden om de oefening om te draaien. In dat geval laat je de cliënt een kort verhaaltje vertellen, eerst met de ruggen naar elkaar toe, daarna terwijl er oogcontact gemaakt wordt. Na afloop vraag je wederom naar waar de concentratie op gericht was, hoe goed het vertellen lukte en bespreek je hoe het op de therapeut overkwam.

Ontspanningsoefening

Er zijn veel verschillende soorten ontspanningsoefeningen. In het werkboek is een ontspanningsoefening opgenomen die weinig tijd kost en zowel zittend, staand als liggend gedaan kan worden. Dit maakt het mogelijk om de oefening overal en op elk moment te doen. De oefening richt zich enkel op de ademhaling.

Eventueel kan ervoor gekozen worden de cliënt daarnaast meer bewust te maken van spanning en ontspanning van de spieren. Een geschikte oefening daarvoor is de progressieve relaxatie volgens Jacobsen. Hierbij worden spiergroepen afwisselend aangespannen en weer ontspannen, waarbij men het hele lichaam langsloopt. Aangezien deze oefening voor cliënten langer en ingewikkelder is, is het raadzaam de cliënt een cd te laten gebruiken wanneer hier thuis mee geoefend wordt.

Voorbespreken huiswerk

Laat de cliënt de komende week minimaal 3x het volledige dagboekformulier invullen.

Laat de cliënt minimaal 1x de aandachtsoefening doen. Bespreek vooraf met de cliënt wanneer en in welke situatie de cliënt gaat oefenen met het richten van de aandacht. De stappen 1 t/m 3 kunnen samen met de cliënt alvast ingevuld worden zodat duidelijk is voor de cliënt wat precies zijn taak is en waar hij/zij de concentratie op moet richten.

Laat de cliënt dagelijks de ontspanningsoefening uitvoeren op een rustig moment. Door de oefening regelmatig te herhalen zal de cliënt de verschillende stappen beter onthouden en zal de oefening natuurlijker aan gaan voelen zodat deze later in spanningsvolle situaties goed ingezet kan worden.

Hoofdstuk 10: Observatie-experiment

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Dagboekformulier (zie bijlage 11)
- Experimentenformulier (zie bijlage 14)

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Informatie over gedragsexperimenten.
- Oefening observatie-experiment.
- Voorbespreken huiswerk.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het vorige hoofdstuk over is gegaan.

Bespreek kort de dagboekformulieren en vraag na of de cliënt het hulpkaartje gebruikt heeft en de ontspanningsoefening gedaan heeft.

Bespreek de aandachtsoefening. Is het de cliënt gelukt om de aandacht op de taak te richten. Zo niet, waar was de aandacht wel op gericht? Hoe vond de cliënt dat het uitvoeren van de taak ging?

Vraag na of het gelukt is dagelijks de ontspanningsoefening te doen en hoe de cliënt deze oefening ervaren heeft.

Informatie over gedragsexperimenten

Het cognitieve gedeelte van de behandeling is afgerond. Dit heeft waarschijnlijk al enige verandering teweeggebracht bij de cliënt. Het besef dat de angstige gedachten niet rationeel is, leidt meestal echter nog niet tot een ander gevoel daarover. De cliënt weet wel dat de kans dat de angstige gedachte uitkomt niet zo groot is en zelfs dat als dat wel zo is, het minder erg is dan aanvankelijk gedacht. Op het moment dat een lastige situatie zich voordoet echter, laait de angst op en lukt het de cliënt veelal nog niet om zich ook anders te gedragen. Het is daarom belangrijk dat de cliënt ook gaat ervaren dat de angstige gedachten niet kloppend zijn. Het doel van dit deel van de therapie is niet exposure, maar het

toetsen van de angstige gedachten. Het is daarom belangrijk dat het experiment niet te spanningsvol is. Bij een te hoge spanning zal het de cliënt namelijk niet meer goed lukken zich op de taak te concentreren en belangrijke informatie in zich op te nemen. De eerste stap is daarom het doen van een observatie-experiment. Dit is relatief veilig aangezien de cliënt tijdens het experiment zelf geen onderdeel uit maakt van de lastige situatie.


Het observatie-experiment

Bij observatie-experimenten gaat de cliënt onderzoeken of zijn angstige gedachten wel kloppen. Dit doet de cliënt door te observeren hoe andere mensen zich gedragen en reageren in situaties die de cliënt lastig vindt. Er kan een situatie gekozen worden waarbij de cliënt willekeurige mensen observeert, zoals bijvoorbeeld hoe mensen op een terras reageren op de mensen die langs lopen of in hoeverre mensen naar elkaar kijken wanneer ze buiten op straat lopen of fietsen. Er kan ook voor gekozen worden om een bekende van de cliënt (een vriend(in), familielid of eventueel begeleiding of de therapeut zelf) te vragen iets te doen waarvan de cliënt bang is dat hier negatief op gereageerd zal worden. Er kan bijvoorbeeld aan de ander gevraagd worden om hulp te vragen aan de buschauffeur bij het gebruiken van de ov-kaart, te treuzelen in de rij bij het betalen met contant geld of de weg te vragen aan een onbekende op straat. Belangrijk is dat de cliënt zelf géén onderdeel uitmaakt van het experiment. Het gaat dus altijd om hoe anderen reageren op een situatie of hoe anderen reageren op andere mensen dan de cliënt zelf. Een observatie over hoe mensen op de cliënt zelf reageren is spanningsvoller en wordt gezien als een gedragsexperiment. Het opstellen van een gedragsexperiment wordt in het volgende hoofdstuk besproken.

Oefening observatie-experiment

Het observatie-experiment wordt aan de hand van de verschillende stappen die in het werkboek beschreven staan uitgewerkt:

1. Laat de cliënt bedenken wat hij zou willen observeren. Help de cliënt wanneer nodig. Het is belangrijk dat een situatie gekozen wordt waarin het mogelijk is één van de angstige gedachten te toetsen. Het is echter ook belangrijk dat de spanning bij de cliënt in deze situatie niet te hoog is. Dit zou het namelijk lastig maken om nog goed te kunnen observeren en om de nieuwe informatie in zich op te nemen en door te laten dringen.
2. Beschrijf het experiment zo concreet mogelijk. Wanneer wordt het experiment uitgevoerd? Waar wordt dit gedaan en wat wordt precies

- 
- geobserveerd? Hoe gaat de cliënt dat doen? Indien een ander gevraagd wordt om onderdeel van het experiment uit te maken, wie zal dit gaan doen?
3. Concretiseer de taak zelf ook verder. Wat houdt de taak precies in? Waar moet de cliënt zijn/haar aandacht op richten?
 4. Ga na wat de automatische angstige gedachten van de cliënt zou zijn in deze situatie
 5. Laat de cliënt een rationele, logischere gedachten bedenken. Het kan nodig zijn de cliënt hierbij te helpen. De rationele gedachte is meestal bijna het tegenovergestelde van de angstige gedachte.
 6. Laat de cliënt aangeven wat bewijzen zouden zijn voor de angstige gedachte en wat bewijzen zouden zijn voor de rationele gedachte. Ondersteun de cliënt in het zo concreet mogelijk beschrijven van deze bewijzen zodat er achteraf geen twijfel over kan bestaan wat de conclusie van het experiment is.
 7. Wanneer het experiment duidelijk en volledig beschreven is, kan het uitgevoerd worden.

Voorbespreken huiswerk

Laat de cliënt de komende week minimaal 3x het volledige dagboekformulier invullen.

Laat de cliënt minimaal 2x het in de behandeling opgezette observatie-experiment uitvoeren. Eventueel kan een steunfiguur gevraagd worden het experiment samen met de cliënt te doen. Hij/zij kan dan ook de bewijzen voor de angstige gedachte en de bewijzen voor de logischere gedachte benoemen. Wijs de cliënt erop dat voor het uitvoeren van het experiment het hulpkaartje en de ontspanningsoefening ingezet kunnen worden om de spanning te verlagen.

Laat de cliënt na afloop van het doen van het observatie-experiment het experimentenformulier invullen. Het eerste gedeelte van het formulier kan al ingevuld worden op basis van hetgeen tijdens de sessie besproken is.

Hoofdstuk 11 t/m 13: Overige soorten experimenten

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Dagboekformulier (zie bijlage 11)
- Experimentenformulier (zie bijlage 14)
- Vragenlijsten SQ48 (zie bijlage 1) en cliëntthermometer (zie bijlage 2) Indien aanwezig kan een specifieke vragenlijst gericht op sociale fobie, zoals bijvoorbeeld de Liebowitz Anxiety Scale (LSAS) toegevoegd worden.

Agenda

- Afname vragenlijsten
- Bespreken huiswerk.
- Informatie over de overige soorten experimenten.
- Oefening experiment.
- Voorbespreken huiswerk.

Afname vragenlijsten

De vragenlijsten worden in de één na laatste sessie van de behandeling afgenomen. Neem de vragenlijsten af voordat de sessie begint. Hierdoor worden de antwoorden niet beïnvloed door de klachten die tijdens de sessie mogelijk ter sprake komen.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar de vorige sessie over is gegaan. Bespreek kort de dagboekformulieren.

Bespreek het experiment dat de cliënt uitgevoerd heeft. Hoe heeft de cliënt dit ervaren en wat is zijn conclusie met betrekking tot de waarheid van de angstige gedachte?

Het kan zijn dat de cliënt aangeeft dat deze angstige gedachten door het doen van het experiment juist bevestigd is in plaats van ontkracht. Bekijk dan alle observaties van de cliënt en vraag, indien nodig, deze specifieker uit. Ga vervolgens samen met de cliënt na of de bewijzen die de cliënt gevonden heeft inderdaad kloppen of dat de observaties toch iets anders aantonen.

Informatie over verschillende gedragsexperimenten

In de vorige sessie is een start gemaakt met het toetsen van de angstige gedachten door middel van een observatie-experiment. Hierbij observeerde de cliënt anderen, zonder zelf een actieve rol in de situatie te hebben. In de komende sessies gaat de cliënt de angstige gedachten toetsen door middel van verschillende andere soorten experimenten. De cliënt zal hierbij ook moeten oefenen met anders dóen.

Om de stap naar anders doen makkelijker te maken is eerder in de behandeling aandacht besteed aan hulpmiddelen die op het moment van een lastige situatie ingezet kunnen worden. Er is een hulpkaartje gemaakt dat gebruikt kan worden voorafgaand aan een lastige situatie of ingezet kan worden op het moment dat een lastige situatie zich voordoet. Daarnaast heeft de cliënt geoefend met taakgerichte aandacht en zijn ontspanningstechnieken aangeleerd om in een lastige situatie meer rust te bewaren.

Bij sommige cliënten kan (zelf)beloning een goede motivatie zijn voor het nemen van moeilijke stappen. Met de cliënt worden dan van te voren afspraken gemaakt over welke beloning de cliënt wanneer verdient. Eventueel kan ook de begeleiding hierbij betrokken worden. Er kan bijvoorbeeld door middel van een beloningskaart gespaard worden voor een beloning. Belangrijk is om de beloning aan te laten sluiten bij de belevingswereld en wensen van de cliënt.

Er is voor gekozen in deze behandeling vier sessies te besteden aan de verschillende soorten experimenten. Elk beschreven experiment kan in een sessie uitgewerkt worden waarna de cliënt er zelf mee kan oefenen. Vaak is na een aantal keer oefenen een verandering ingezet, welke na afsluiten van de behandeling voortgezet kan worden door verdere oefening, eventueel met hulp van begeleiding of een ander steunfiguur. Indien het gewenst is om één of meerdere experimenten nog wat vaker uit te voeren om bijvoorbeeld een andere negatieve gedachte te onderzoeken, is het uiteraard mogelijk dit deel van de behandeling uit te breiden.

De verschillende experimenten worden in hoofdstuk 11 besproken. Hier is voor gekozen zodat samen met de cliënt een keuze gemaakt kan worden tussen de verschillende experimenten. De hoeveelheid aangeboden informatie is in dit hoofdstuk hierdoor echter groot. Het advies is om in één sessie kort te beschrijven welke verschillende experimenten er zijn en hier in de volgende sessies

uitgebreider op terug te komen zodat de cliënt de informatie beter in zich op kan nemen en beter begrijpt waarvoor de experimenten bedoeld zijn.

Gedragsexperiment

Bij een gedragsexperiment creëert de cliënt opzettelijk een situatie die hij lastig vindt. Hoewel dit tevens een vorm van exposure is, is dit niet het hoofdzakelijke doel van het experiment. De situatie wordt gecreëerd zodat de cliënt op een meer objectieve wijze kan observeren hoe anderen op hem reageren. Belangrijk is dus dat de spanning tijdens het experiment niet te hoog is. Indien een te moeilijke opdracht gekozen wordt, zal het de cliënt minder goed lukken de taak uit te voeren en de reacties van anderen te observeren.

Enquête

Een enquête is een manier om de mening of zienswijze van anderen te onderzoeken en te toetsen aan die van de cliënt. Door zelf een enquête te maken, kan de cliënt onderzoeken hoe mensen in zijn omgeving denken over iets waar de cliënt angstige gedachten over heeft. Een enquête kan op veel verschillende manieren gemaakt worden. Het is belangrijk de cliënt bij het maken hiervan te ondersteunen zodat de antwoorden die door anderen gegeven worden, ook daadwerkelijk als bewijzen voor of tegen de angstige gedachte van de cliënt beschouwd kunnen worden.

Voordat de enquête door anderen ingevuld wordt, dient de cliënt hem zelf eerst in te vullen op de manier waarop hij denkt dat de anderen hem in zullen vullen. Nadat de anderen hem ingevuld hebben, worden de uitkomsten vergeleken en besproken. Het kan nodig zijn de cliënt te helpen bij het zoeken van mensen die bereid zijn de enquête in te vullen. Het is ook mogelijk dat de therapeut zelf de enquête invult. Doe dit dan wel zo eerlijk mogelijk!

Rollenspel

Tijdens een rollenspel kan een situatie die de cliënt moeilijk vindt geoefend worden in een relatief veilige omgeving, waarbij de angstige gedachte getoetst wordt. Vraag de cliënt voordat het rollenspel uitgevoerd wordt hoe hij denkt over te zullen komen op de therapeut. Vraag na afloop van het rollenspel hoe de cliënt nu denkt op de therapeut overgekomen te zijn. De therapeut geeft tevens aan wat zijn indruk was. De discrepanties tussen de angstige gedachte vooraf, de door de cliënt

ervaren verschillen na afloop en het door de therapeut geobserveerde gedrag worden besproken.

Eventueel kan het rollenspel op video opgenomen worden. Op deze manier kan de cliënt zelf zien hoe hij op anderen overkomt.

Voorbespreken huiswerk

Laat de cliënt de komende week minimaal 3x het volledige dagboekformulier invullen.

Laat de cliënt minimaal 1x het in de behandeling opgezette experiment uitvoeren. Eventueel kan een steunfiguur gevraagd worden het experiment samen met de cliënt te doen. Hij kan dan ook de bewijzen voor de angstige gedachte en de bewijzen voor de logischere gedachte benoemen. Wijs de cliënt erop dat voor het uitvoeren van het experiment het hulpkaartje en de ontspanningsoefening ingezet kunnen worden om de spanning te verlagen.

Laat de cliënt na afloop van het doen van het experiment het experimentenformulier invullen. Het eerste gedeelte van het formulier kan al ingevuld worden op basis van hetgeen tijdens de sessie besproken is.

Hoofdstuk 14: Afsluiten van de behandeling

Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Terugvalpreventieplan (zie bijlage 15)

Agenda

- Bespreken huiswerk.
- Evaluatie van de behandeling.
- Bespreken van de toekomst.

Bespreken huiswerk

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het de vorige keer over is gegaan.

Bespreek kort de dagboekformulieren.

Bespreek het experiment dat de cliënt uitgevoerd heeft. Hoe heeft de cliënt dit ervaren en wat is zijn conclusie met betrekking tot de waarheid van de angstige gedachte?

Het kan zijn dat de cliënt aangeeft dat deze angstige gedachten door het doen van het experiment juist bevestigd is in plaats van ontkracht. Bekijk dan alle observaties van de cliënt en vraag, indien nodig, deze specifieker uit. Ga vervolgens samen met de cliënt na of de bewijzen die de cliënt gevonden heeft inderdaad kloppen of dat de observaties toch iets anders aantonen.

Evaluatie van de behandeling

Blik samen met de cliënt terug op de behandeling. Welke invloed had de sociale angst aan het begin van de behandeling op het leven van de cliënt? Wat heeft de cliënt sindsdien geleerd en waar heeft hij het meest aan gehad? Hoe kijkt de cliënt nu tegen zijn klachten aan en is het doel dat de cliënt voor de behandeling had behaald? Zo niet, wat is er dan nog nodig?

Bespreek de uitkomst van de vragenlijsten die de vorige keer afgenomen zijn en vergelijk deze met de uitkomst van de vragenlijsten die aan het begin van de behandeling afgenomen zijn. Bespreek, in het geval dat er weinig verandering uit naar voren komt, waardoor dit veroorzaakt kan worden. Het kan zijn dat de

behandeling onvoldoende effect gehad heeft. In dat geval kan het raadzaam zijn na te gaan of de behandeling nog uitgebreid dient te worden met enkele sessies of dat wellicht een andere behandeling nodig is. Het kan echter ook zijn dat het moment van afname niet representatief is voor het aantal klachten, bijvoorbeeld wanneer er net een aantal vervelende dingen gebeurd zijn. Ook kan het zijn dat de cliënt gaandeweg een andere perceptie gekregen heeft van de klachten omdat het verwachtingspatroon is bijgesteld. Klachten die feitelijk gezien minder ernstig zijn, kunnen dan alsnog als ernstig ervaren worden.

Belangrijk is bij de evaluatie niet alleen vast te houden aan de uitkomst van de vragenlijsten, maar met name terug te pakken op successen die de cliënt gedurende de behandeling behaald heeft.

De toekomst

In de eerste sessie is met de cliënt besproken dat het doel van de behandeling is om op een andere manier met de angst om te gaan en dat het niet realistisch is om na te streven dat iemand zich nooit meer angstig voelt in sociale situaties. Hoewel de cliënt al veel geleerd heeft, is het belangrijk ook na afsluiten van de behandeling bezig te blijven met het verminderen van de angst. Op deze manier zal de cliënt minder angst ervaren, maar zich ook steeds makkelijker over de angst heen kunnen zetten wanneer deze wel ervaren wordt. Met name in periodes waarin de cliënt minder energie heeft of veranderingen doormaakt, is de kans op een terugval groter. Wijs de cliënt erop dat het in dat soort periodes raadzaam is het werkboek er weer bij te pakken om hetgeen de cliënt geleerd heeft weer naar boven te halen. Er kan ook een kort terugvalpreventieplan gemaakt worden. Hierin kan staan:

- Hoe de cliënt kan herkennen wanneer de angst weer sterker wordt.
- Welke cognitieve, taakconcentratie- en ontspanningstechnieken de cliënt kan toepassen om de angst de baas te worden.
- Welke steunfiguur benaderd kan worden om de cliënt te ondersteunen.
- Op welke wijze de cliënt kan oefenen met weer anders doen.

Literatuurlijst

Baldwin, D.S. & Buis, C. (2004). Burden of social anxiety disorder. In B. Bandelow & J.D. Stein (Eds.), *Social Anxiety Disorder*. New York: NY: Marcel Dekker.

Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D.S., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R. & Wittchen, H. (2007). The incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 903–912.

Bögels, S.M., Mulkens, S. & Jong, P.J. de (1995). Overmatig zelfbewustzijn en taakconcentratie. Een nieuw model voor de behandeling van bloosangst. *Gedragstherapie*, *28*, 153–174.

Bögels, S.M., Mulkens, S. & Jong, P.J. de (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *4*, 251–258.

Brook, C.A. & Schmidt, L.A. (2008). Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *4*, *1*, 123–143.

Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (red.), *Social phobia. Diagnosis, assessment, and treatment* (pp.69–93). New York: Guilford Press.

Dagnan, D. & Jahoda, A. (2006). Cognitive–Behavioural Intervention for People with Intellectual Disability and Anxiety Disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *19*, 91–97.

Dagnan, D. & Waring, M. (2004). Linking stigma to psychological distress: a social–Cognitive Model of the experience of people with learning disabilities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 247–254.

De Belie, E. en Morisse, F. (2007). *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen–Apeldoorn: Garant.

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.

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

Fehm, L. & Wittchen, H.U. (2004). Comorbidity in social anxiety disorder. In: B. Bandelow & D.J. Stein (Eds.), *Social Anxiety Disorder*. New York, NY: Marcel Dekker.

Graaf, R. de, Have, M. ten, Gool, C. van, Dorsselaer, S. van (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2¹, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54, 1, 27–38.

Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Strydom, A., Martin, S., Parkes, C., Blizard, R. & King, M. (2011). Cognitive behaviour therapy (CBT) for anxiety and depression in adults with mild intellectual disabilities (ID): a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 12:95. doi: 10.1186/1745-6215-12-95.

Hayward, C., Wilson, K.A., Lagle, K., Kraemer, H.C., Killen, J.D. & Taylor, C.B. (2008). The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depress. Anxiety*, 25, 200–206.

Hoffman, S.G. & Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 4, 621–632.

- 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.
- Jahoda, A., Dagnan, D., Stefert Kroese, B., Pert, C. & Trower, P. (2009). Cognitive behavioural therapy: from face to face interaction to a broader contextual understanding of change. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53–9, 759–771.
- Kessler, R.C., Chiu, W., Demler, O. & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12–month DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 617–627.
- Koning, de, N. & Collin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent*, 3, 28, 215–229.
- Lunsky, Y. & Benson, B.A. (2001). Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcome for adults with mild intellectual disability. *Journal of Disability Research*, 45, 106–114.
- Mineka, S. & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 1, 10–26.
- Mulkens, S. en Bögels, S. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een sociale angststoornis. In: Keijers, G., Minnen, A. van, Hoogduin, K. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 1*. Amsterdam: Boom.
- Neal, J.A. & Edelman, R.J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761–786.

Nieuwenhuizen, M. van, Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A. & Matthys, W. (2004). The relations between intellectual disabilities, social information processing, and behavior problems. *European Journal of Developmental Psychology, 1*, 215–229.

Peijnenburg, D. En Bögels, S. (2008). Protocollaire groepsbehandeling voor kinderen en jongeren met angststoornissen: Denken + Doen = Durven. In: C. Braet & S.M. Bögels. *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom.

Ponniah, K. & Hollon, S.D. (2008). Empiracally supported psychological interventions for social phobia in adults. A Qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine, 38*, 3–14.

Reid, K.A., Smiley, E. & Cooper, S.A. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 55, 2*, 172–181.

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.

Stallard, P. (2006). *Behandelwijzer Denk goed, voel je goed. Cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Stallard, P. (2006). Werkboek *Denk goed, voel je goed. Cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Stein, M.B., Torgrud, L.J. & Walker, J.R. (2000). Social phobia sympoms, subtypes and severity. Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry, 57*, 1046–1052.

Taylor, J.L., Lindsay, W.R. & Willner, P. (2008). CBT for People with Intellectual Disabilities: Emerging Evidence, Cognitive Ability and IQ Effects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 723–733.

Tilfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological differences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 267–276.

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

Voncken, M.J. & Bögels, S.M. (2006). Changing interpretation and judgmental bias in social phobia: A pilot study of a short, highly structured cognitive treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 59–73.

Voncken, M. en Bögels, S. (2010). *Cognitieve therapie bij sociale angst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Voncken, M. en Bögels, S. (2010). *Minder angstig in sociale situaties, werkboek voor de cliënt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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

Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention training treatment. Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226–232.

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.

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

Wit, de, M., Moonen, X. & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies 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: SQ-48

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: Cliëntthermometer

Uw mening over hoe het met u gaat Volwassenen

Leeftijd: ___ jaar Geslacht: M / V

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

Graag aankruisen wat van toepassing is:

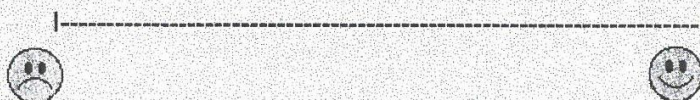
- Start behandeling**
- Einde behandeling**

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.

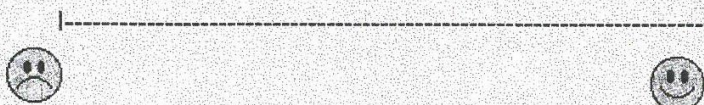
Ik

(Hoe gaat het met mij/mijn klachten?)



Thuis

(Hoe gaan de zaken thuis?)



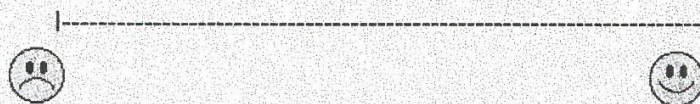
School/Werk/Sociale contacten

(Hoe gaat het met werk, dagbesteding?)



Alles

(Hoe gaat alles bij elkaar?)



Opmerkingen:

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

Kristal Client Thermometer

Score:

(voor intern gebruik)

Bijlage 3: Dagboek lastige sociale situaties

Datum	Situatie	Gedachte (Wat zullen mensen over mij denken?)	Sterkte*	Wat heb ik in deze situatie gedaan?

* Hoe sterk geloof je die gedachte: 1=helemaal niet, 2-3=een beetje, 4-5=best wel, 6-7=sterk, 8-9=heel sterk, 10=helemaal

Bijlage 4: Vragenlijst over verschillende situaties

1. Je steekt de straat over en er wordt getoeterd
<i>Waarom toetert diegene?</i>
2. Je komt in de winkel iemand tegen die je kent. Hij/zij groet jou niet
<i>Waarom zegt hij/zij geen hallo?</i>
3. Op je werk staat een groepje collega's te praten. Als jij langs loopt beginnen ze te lachen
<i>Waarom lachen ze?</i>
4. Je hebt afgesproken met een vriend/vriendin. Op de afgesproken tijd is hij/zij er niet
<i>Waar is hij/zij?</i>
5. Je baas vraagt of je even langs wil komen
<i>Waarom wil hij/zij dat je langskomt?</i>
6. Ik ben alleen thuis en ineens gaat het licht uit
<i>Wat denk je op dat moment?</i>



7. Ik ben met iemand aan het praten. Als zijn/haar telefoon gaat neemt hij/zij deze op

Waarom zou deze persoon de telefoon opnemen tijdens jullie gesprek?

--

8. Je wordt gebeld. Zodra je de telefoon opneemt wordt de verbinding verbroken

Waarom wordt de verbinding verbroken?

--

9. Ik sta bij de kassa en blijf vergeten te hebben om de groente af te wegen

Wat denk je dat er zal gebeuren?

--

10. Ik ben op een feestje en degene die naast me zit staat op en loopt weg

Waarom loopt deze persoon weg?

--





Bijlage 5: Huiswerkblad Andere mogelijke gedachten

Gebeurtenis

Gedachte

Gevoel

Gedrag

(1) Andere gedachte

Gevoel

Gedrag

(2) Andere gedachte

Gevoel

Gedrag

(3) Andere gedachte

Gevoel

Gedrag

(4) Andere gedachte

Gevoel

Gedrag

(5) Andere gedachte

Gevoel

Gedrag





Bijlage 6: Vragenlijst over verschillende situaties

1.

2.

3.

4.

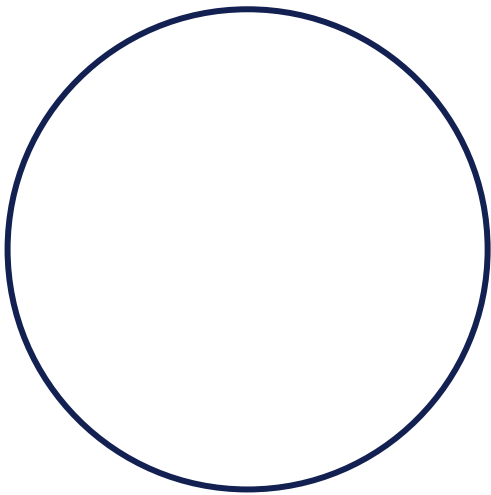
5.



Bijlage 7: Oefening taartpunt methode

Eigen lastige situatie	Gedachte (Wat zullen mensen over mij denken?)	Hoeveel mensen in een groep van 100 mensen zullen dit over mij denken?

Andere mogelijke gedachten:
-
-
-
-
-
-
-
-

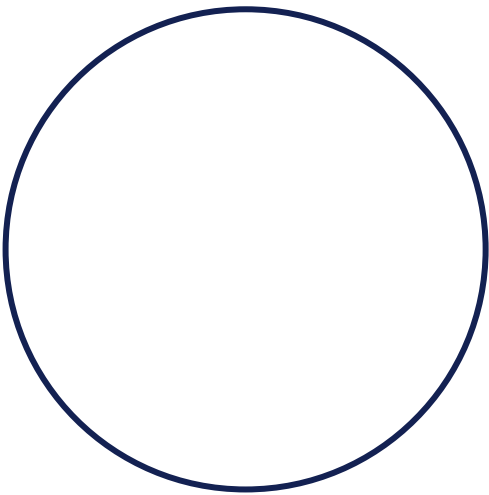


Van hoeveel mensen in een groep van 100 mensen denk ik nu dat ze dit over mij zullen denken?

Bijlage 8: Dagboekformulier taartpunt methode

Eigen lastige situatie	Gedachte (Wat zullen mensen over mij denken?)	Hoeveel mensen in een groep van 100 mensen zullen dit over mij denken?

Andere mogelijke gedachten:
-
-
-
-
-
-
-
-
-

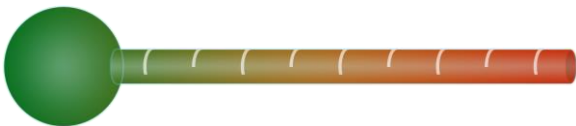


Van hoeveel mensen in een groep van 100 mensen denk ik nu dat ze dit over mij zullen denken?

Bijlage 9: Oefening Ernstthermometer

Eigen lastige situatie	Gedachte (Wat zullen mensen over mij denken?)	Hoe erg is het als mensen dit over mij denken?

Eigenschappen die mensen kunnen hebben:
-
-
-
-
-
-
-
-

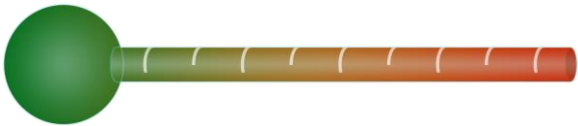


Hoe erg is het nu als mensen dit over mij denken?

Bijlage 10: Dagboekformulier ernstthermometer

Eigen lastige situatie	Gedachte (Wat zullen mensen over mij denken?)	Hoe erg is het als mensen dit over mij denken?

Eigenschappen die mensen kunnen hebben:
-
-
-
-
-
-
-
-
-

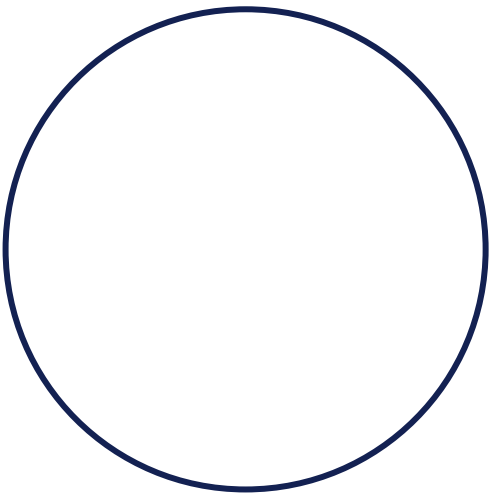


Hoe erg is het nu als mensen dit over mij denken?

Bijlage 11: Dagboekformulier

Eigen lastige situatie	Gedachte (Wat zullen mensen over mij denken?)	Hoeveel mensen in een groep van 100 mensen zullen dit over mij denken?

Andere mogelijke gedachten:
-
-
-
-
-
-
-
-
-



Van hoeveel mensen in een groep van 100 mensen denk ik nu dat ze dit over mij zullen denken?



Eigenschappen die mensen kunnen hebben:

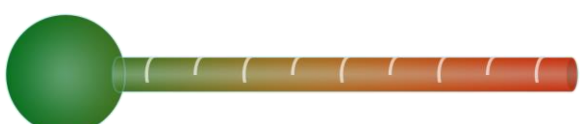
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Hoe erg is het nu als mensen dit over mij denken?

--

Nieuwe positieve gedachte:

--



Bijlage 12: Aandachtsoefening

Kies samen met de therapeut een situatie die je een beetje moeilijk vindt, maar die je wel durft te doen.

Stap 1. Hoe ziet deze situatie er precies uit?

Stap 2. Wat moet jij doen in deze situatie?

Stap 3. Waar moet jij je concentratie op richten om deze taak goed te doen?

Stap 4. Voer de taak uit

Stap 5. Waar heb jij je concentratie vooral op gericht?

Stap 6. Hoe goed lukt het om de taak uit te voeren?

Bijlage 13: Ontspanningsoefening

Stap 1

Haal 5x diep en langzaam adem door je neus, waarbij je je buik voelt bewegen

Stap 2

Adem nog een keer diep in en houdt 5 tellen je adem in

Stap 3

Adem daarna 5 tellen lang rustig uit

Stap 4

Houdt weer 5 tellen je adem vast



Stap 5

Herhaal stap 1 t/m 4 vijf keer

Bijlage 14: Experimentenformulier

1. Dit is het experiment dat ik ga doen:	
2. Waar moet ik mijn aandacht op richten:	
3. Angstige gedachte	4. Logischere gedachte
5. Wat gebeurt er als mijn angstige gedachte waar	6. Wat gebeurt er als de logischere gedachte waar
7. Hoe is het gegaan:	
8a. Bewijzen voor de angstige gedachte:	8b. Bewijzen voor de logischere gedachte:
9. Conclusie:	

Bijlage 15: Terugvalplanpreventieplan

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 