

## Verbeter je zelfbeeld

CGT behandelmodule voor het verbeteren van je zelfbeeld

# Colofon

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

**Auteur:** Drs. E.S. Rizzi

**Ontwerp omslag en illustraties:** MMMZ, Mischka Zeldenrust

**Uitgave:** GGZ Rivierduinen Kristal, Leiden

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



# Inhoud

## *Voorwoord*

### *1. Introductie*

- 1.1 Zelfbeeld, algemeen
- 1.2 Zelfbeeld bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking
- 1.3 COMET, de achtergronden

### *2. Psychotherapie bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking*

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

### *3. Systeem en netwerk*

- 3.1 Sociale context
- 3.2 Inzet van het systeem

### *4. Doel en plaatsbepaling*

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

### *5. Achtergronden van de CGT-behandelmodule “Verbeter je Zelfbeeld”*

### *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 paniekstoornis 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 Zelfbeeld, algemeen*

Verstoringen in de zelfwaardering worden bij verschillende psychiatrische stoornissen als symptoom beschreven. Een negatief zelfbeeld, lage zelfwaardering is geen aparte stoornis in de DSM-IV. Een lage zelfwaardering lijkt echter in verschillende psychopathologieën een rol te spelen en lijkt ook een risicofactor te zijn voor terugval, automutilatie en suicide (Korrelboom, 2011).

Een lage zelfwaardering is voor veel mensen een probleem waarvoor zij hulp gaan zoeken. Een laag zelfbeeld is geen aparte psychiatrische stoornis. Om deze reden bestaan er binnen het veld nauwelijks op effectiviteit en toepasbaarheid onderzochte behandelingen, die specifiek gericht zijn op de verbetering van de zelfwaardering. Over het algemeen wordt aangenomen dat als de primaire aandoening, waar een cliënt zich mee aanmeldt, behandeld is, het zelfbeeld ook verandert. Dit lijkt echter niet altijd het geval te zijn.

In Nederland is om bovenstaande reden vanaf de jaren 80, de *Competitive Memory Training (COMET)* ontwikkeld. Een behandelmodule, specifiek gericht op het verbeteren van het zelfbeeld. In de loop der jaren is de COMET op zijn effectiviteit onderzocht.

## *1.2 Zelfbeeld bij mensen zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking*

Zowel de klinische praktijk als de (wetenschappelijke) literatuur laten zien dat bij mensen met ZB/LVB het zelfbeeld over het algemeen lager is en negatiever gekleurd is, dan bij mensen zonder verstandelijke beperking.

De COMET grijpt in op het beïnvloeden van de UCS/UCR-representatie, in termen van de cognitieve gedragstherapie. In feite gaat het hier om Dagnan en Warring (2004) laten in hun studie zien dat een laag zelfbeeld bij ZB/LVB evident is. Er zijn verschillende oorzaken waardoor mensen met ZB/LVB vaker een negatief zelfbeeld ontwikkelen. Dit kan te maken hebben met het vaker doormaken van negatieve life-events en het vaker opgegroeid zijn in een onvoldoende veilige omgeving. Hierdoor komt de hechting in het gedrang met als gevolg een onveilige hechting. Dit zou kunnen leiden tot een sterker negatief gekleurd zelfbeeld. Tevens speelt sociale uitsluiting, wat bij mensen met ZB/LVB dikwijls al van kinds af aan de orde is, een rol in het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld.

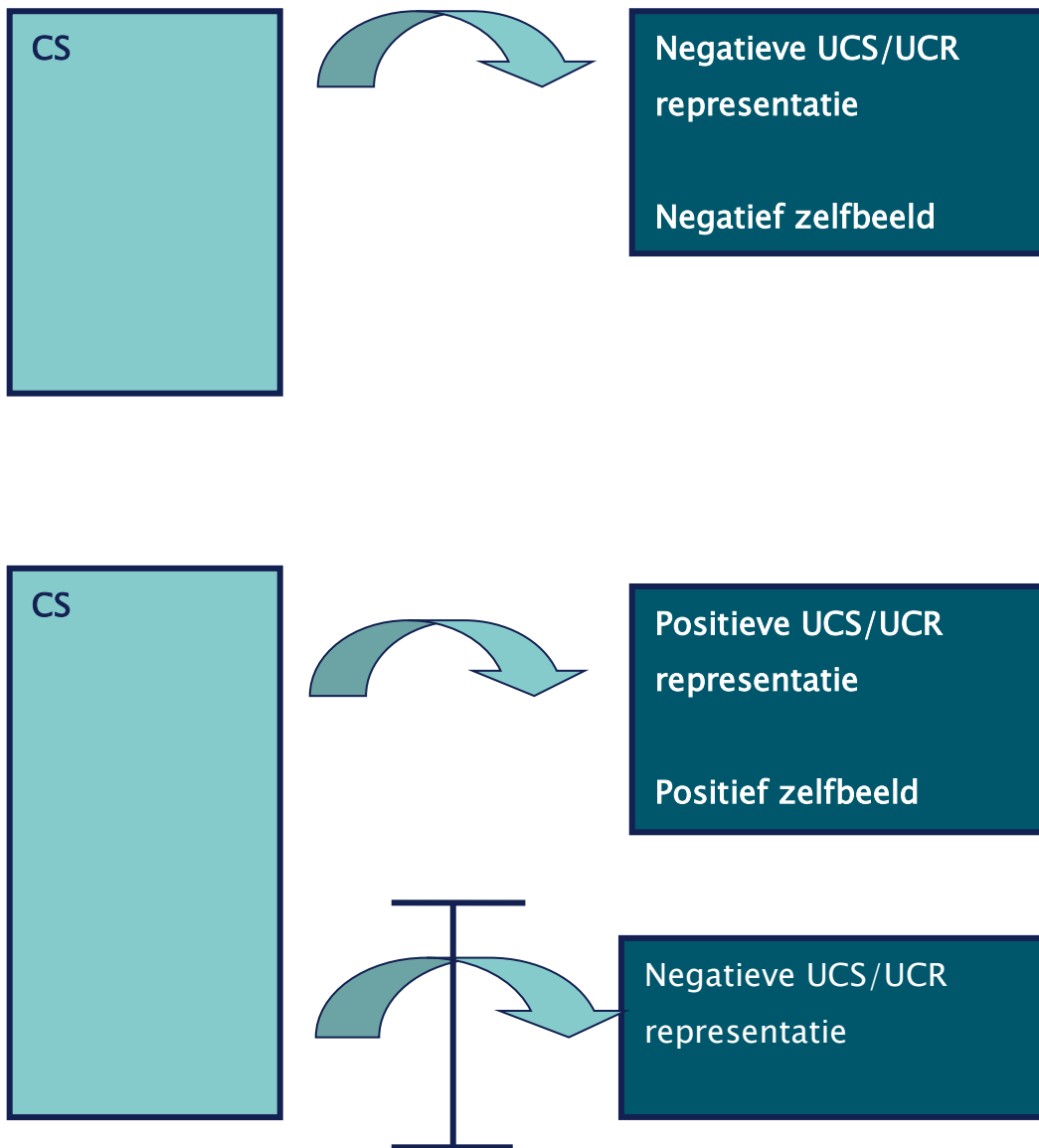
Mensen met ZB/LVB hebben een afwijkende sociale informatieverwerking, wat inhoudt dat zij anders reageren op sociale situaties dan mensen zonder verstandelijke beperking (Zoon, 2012). Het betreffen sociale situaties die mogelijk als problematisch worden gezien, echter dat niet hoeven te zijn. Mensen met ZB/LVB focussen namelijk meer op de letterlijk gesproken informatie en negatieve informatie en hebben minder (assertieve) oplossingsvaardigheden, waardoor zij een probleemsituatie vaker oplossen met agressief of juist passief gedrag (Zoon, 2012). Dit heeft verschillende negatieve gevolgen, waaronder minder acceptatie en meer afwijzing door anderen, wat het negatief zelfbeeld kan versterken.

## *1.3 Achtergronden van de COMET*

COMET is een cognitief-gedragstherapeutische interventie die over het algemeen wordt uitgevoerd als onderdeel van een bredere, meer omvattende behandeling. COMET heeft als uitgangspunten leren en 'ontleren'. Wat eenmaal is geleerd, lijkt niet zo makkelijk uit het lange termijn geheugen te kunnen verdwijnen. In plaats van te 'ontleren' wordt er juist iets bijgeleerd. Het voorheen geleerde wordt als het ware gecorrigeerd door nieuwe leerervaringen. De oude kennis verdwijnt echter niet. In de juiste context kan zij opnieuw worden geactiveerd en gedrag en gevoel opnieuw gaan bepalen.

## Contraconditioneren

Voor de behandeling



Figuur 1: Contraconditionering bij een negatief zelfbeeld. Voor de behandeling wordt het negatief zelfbeeld geactiveerd en na de behandeling wordt de associatie met het negatief zelfbeeld geïnhibeed. De associatie met een positief zelfbeeld wordt na de behandeling gefaciliteerd.

## 2 Psychotherapie bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking

### *Inleiding*

Vanaf het begin van de jaren 90 van de vorige eeuw, zien we een toename van artikelen die aantonen dat psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking mogelijk is (Vuijk, 2013). Doorgaans betreffen het gevalsbeschrijvingen. Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar het effect van (CGT)behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking.

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

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

- Mensen met een verstandelijke beperking hebben meer tijd nodig om zich nieuwe informatie eigen te maken. Het tempo van de behandeling moet daarom lager liggen en 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 stapjes worden uitgewerkt.
- De mogelijkheden tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid zijn beperkter. De houding van de therapeut dient daarom actief en directief, sturend en grenzen stellend te zijn.
- Er dient aandacht te zijn voor generalisatie en transfer. Het systeem (familie, verzorgers en begeleiders) moet nadrukkelijker betrokken worden bij de behandeling. Vaardigheden die in de therapie geleerd worden, moeten in de thuissituatie geoefend worden.
- Mensen met een verstandelijke beperking hebben moeite met 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 zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking, algemeen***

### **Afstemmen op de cognitieve ontwikkelingsleeftijd**

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

### **Afstemmen op de sociale ontwikkelingsleeftijd**

Cliënten met 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 aanvoelen 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 (Došen, 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 zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking***

Sams, Collins en Reynolds (2006) hebben onderzoek verricht naar de mogelijkheden van cognitieve therapie bij mensen met ZB/LVB. Zij concluderen dat het discrimineren in emoties afhankelijk is van de hoogte van het IQ en de verbale capaciteiten. Verder concluderen zij, in tegenstelling tot wat in algemeenheid wordt aangenomen, dat visuele cues geen invloed zouden 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. Zo krijgen ze zicht op eigen meningen, overtuigingen en emoties. Hierdoor krijgen ze meer controle over emoties, leren ze te ontspannen en komen tot gedragsveranderingen (Došen, 2005). Het doel van de CGT behandeling is verandering in het psychisch welbevinden en/of gedrag te bereiken door een verandering in het denken en denkprocessen te bewerkstelligen. Doorgaans worden dezelfde cognitief gedragstherapeutische interventies toegepast als bij de normaal begaafde populatie, echter wel in sterk vereenvoudigde vorm. Procedures die doorgaan worden gebruikt zijn onder andere psycho-educatie, cognitieve herstructurering en het leren ontdekken van verbanden tussen cognities, emoties en gedrag (de Koning & Collin, 2007). Voorwaarden voor het toepassen van CGT bij mensen met ZB/LVB zijn vereenvoudigd taalgebruik, het werken met kleine stappen en waarborgen dat generalisatie naar de thuissituatie kan plaatsvinden (Didden, 2006).

Whitehouse, Tudway, Look en Stenfert Kroese(2006) hebben een vergelijkend literatuuronderzoek gedaan naar CGT en psychodynamische psychotherapie bij deze populatie. De grootste en meest effectieve aanpassing blijkt het flexibel kunnen zijn als therapeut en 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 ZB/LVB redelijk effectief is in de behandeling van agressieproblematiek en depressie. Tevens komt uit deze meta-analyse naar voren dat individuele therapie effectiever is dan groepsbehandelingen. Gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van COMET bij mensen met ZB/LVB en een laag zelfbeeld heeft nog niet plaatsgevonden.

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

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

De Wit, Moonen & 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 Došen (2005) uit te voeren, alvorens over te gaan tot behandeling. De diagnostiek geeft richting aan de behandeling. Daarbij is het van belang om functie- en betekenisanalyses op te stellen om goed zicht te krijgen op de dynamiek van de klachten. Tevens is dit het vertrekpunt en geeft het aangrijpingspunten voor de behandeling.

### **Afstemmen van de communicatie**

Mensen met ZB/LVB hebben een beperkt werkgeheugen. Het werkgeheugen slaat informatie op en bewerkt deze informatie. Ook het taalgebruik en taalbegrip blijft achter (De Wit et al., 2011). Vanwege de beperkte woordenschat en de moeite met (verbale)informatieverwerking door het beperkte werkgeheugen, wordt aangeraden om de communicatie af te stemmen door taalgebruik te vereenvoudigen. 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, 2011).

### Netwerk en generalisatie

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

### Veilige en positieve leeromgeving

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

## 3 Systeem en netwerk

### *Inleiding*

Zoals eerder kort benoemd, is het bij deze doelgroep van groot belang om de omgeving, het sociaal netwerk, te betrekken bij de behandeling. Een belangrijk verschil met de hulpverlening vanuit de reguliere GGZ is dat bij de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking 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, 2008). 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 sessies 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 hulpverlener 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

Het doel van deze behandelmodule is het verbeteren van de lage zelfwaardering en het bewerkstelligen van een positief zelfbeeld waardoor beperkingen in het dagelijks functioneren worden opgeheven.

### 4.2 Doelgroep

Deze CGT-behandelmodule voor panieklachten is ontwikkeld voor individueel gebruik voor mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking en een laag zelfbeeld, wat niet verbeterd is ondanks behandeling op de primaire diagnose. Het is van belang dat cliënten in enige mate in staat zijn tot imaginatie, al dan niet met ondersteuning van de therapeut.

Het is denkbaar dat deze module, met enige aanpassingen, ook gebruikt kan worden voor groepsbehandelingen. Gedacht wordt aan een gesloten groep, gezien de gestructureerde stappen die doorlopen worden binnen dit programma.

### 4.3 Plaats van de CGT-behandelmodule in het zorgprogramma

De COMET-module is zowel een onderdeel van het zorgprogramma Stemming-, Angst,- en Somatoforme stoornissen (SAS), als van het zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen en ZB/LVB die binnen Kristal (Rivierduinen) zijn ontwikkeld.

Deze behandelmodule kan worden aangeboden aan alle cliënten met ZB/LVB bij wie sprake is van een pathologisch negatief zelfbeeld, wat niet is verbeterd door behandeling op de primaire diagnose.

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 CGT
- GZ-psychologen i.o. onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut of GZ-psycholoog
- Cognitief gedragstherapeuten i. o.
- Geregistreerde cognitief gedragstherapeutisch medewerkers onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut

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


## 5 Achtergronden van de CGT-behandelmodule “Verbeter je zelfbeeld”

Deze behandelmodule is gebaseerd op de protocollaire CGT-behandelmodule van Korrelboom (2011), COMET, voor een negatief zelfbeeld.

Deze behandelmodule zal worden ingezet als aanvulling op de primaire behandeling. Deze behandelmodule is stoornis-overstijgend. Dus zowel bij mensen gediagnosticeerd met een primaire As I diagnose of een As II diagnose, kan de COMET ingezet worden als aanvulling, mits er sprake is van een disfunctioneel negatief zelfbeeld.

Contra-indicaties zijn:

- De cliënt bevindt zich in een actuele context waar het negatief zelfbeeld nog steeds aangewakkerd/gevoed wordt. Bijvoorbeeld de cliënt bevindt zich in een relatie waar hij/zij nog gekleineerd wordt.
- Er is sprake van nog onverwerkte traumatische gebeurtenissen.
- Er is sprake is van een realistisch negatief zelfbeeld. Bijvoorbeeld een persoon drinkt veel alcohol, mishandelt zijn kinderen en vindt zichzelf dan vervolgens een slechte ouder. Deze persoon heeft zeker een negatief zelfbeeld. Echter het negatieve zelfbeeld is in zekere mate ook realistisch. COMET is hier niet geïndiceerd. Een dergelijk realistisch negatief zelfbeeld kan beter gewijzigd worden door gedragsverandering in plaats van door middel van de COMET.
- Er is sprake van (floride) psychose.



Er zijn een aantal studies uitgevoerd naar de effectiviteit van de COMET voor lage zelfwaardering bij mensen zonder verstandelijke beperking. In een ongecontroleerde pilotstudie kregen patiënten bovenop een reguliere behandeling voor de primaire diagnose, een module COMET voor lage zelfwaardering. Deze patiënten bleken significant en in hoge mate te verbeteren tussen voor- en nameting op zelfwaardering, depressiviteit en autonomie (Korrelboom, 2011). Vervolgstudies naar de effectiviteit van de module COMET op zelfbeeld bevestigen deze bevindingen. COMET lijkt voor lage zelfwaardering een effectieve transdiagnostische interventie te zijn, ten minste op korte, en waarschijnlijk ook op middel lange termijn. Zowel individueel als in groepsverband kan de COMET worden aangeboden. Bij mensen met een verstandelijke beperking en laag zelfbeeld is (nog) geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze module op laag zelfbeeld.

## 6 Toelichting per hoofdstuk

Daar waar hij staat, kan zowel zij gelezen worden.

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

#### Benodigdheden

- Vragenlijsten: SQ48 (zie bijlage 1), Rosenberg Self–esteem vragenlijst (zie bijlage 2) en cliëntthermometer (zie bijlage 3)
- Gekleurde kaartjes

#### Uitleg van de behandeling

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

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

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

## Doelformulering/opstellen van doelen

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

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

### **De wondervraag**

Voorbeelden om de wondervraag te stellen:

‘Je gaat vannacht slapen en er gebeurt een wonder. Door dat wonder kijk je positief naar jezelf. Wat is er dan morgen veranderd? En wat nog meer? En wat doe jij dan anders?’

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

### **Overige vragen om het doel concreet te maken**

‘Wat is je doel?’

‘Wat is een goed resultaat voor jou?’

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

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

‘Waar hoop je op?’

‘Wanneer kunnen we stoppen om elkaar te zien?’

## *Hoofdstuk 2: Uitleg over negatief zelfbeeld*

### Benodigheden

Whiteboard/flip-over en stiften

### Informatie over een negatief zelfbeeld

Laat de cliënt zoveel mogelijk voorlezen en in eigen woorden herhalen wat er staat. Maak de tekst concreet voor de cliënt door eigen situaties van de cliënt te bespreken. Indien de cliënt niet tot eigen situaties komt, kan de therapeut eigen situaties inbrengen om de informatie concreet te maken, of een aantal veel voorkomende voorbeelden noemen.

Er dient extra aandacht besteed te worden aan de rationale achter de interactie tussen Gedachte, Emotie en Gedrag, de basis van CGT.

De therapeut kan stilstaan bij 'weten dat', versus 'voelen dat'. Traditioneel wordt onderscheid gemaakt tussen 'cold cognitions' en 'hot cognitions' (Korrelboom, 2011). De eerste wijzen naar weten dat, terwijl de tweede tevens een belevingsaspect hebben, voelen dat. Veel cliënten geven dan ook aan, 'ik weet het wel, maar het voelt niet zo'. In de uitleg aan de cliënt dient hier op worden ingaan: cliënten moeten gaan 'leren voelen' wat ze al 'weten'.

### Voorbeeld tekst

In deze behandeling ga je leren voelen wat je eigenlijk misschien wel weet. Dat je bijvoorbeeld slimmer en grappiger bent dan je je voelt. Om deze reden, gaat een groot deel van de training over de positieve dingen. Eerst gaan we kijken naar jouw positieve eigenschappen. Daarna gaan we deze positieve eigenschap sterker maken, in de schijnwerpers zetten. We gaan dat doen door positieve gebeurtenissen in een filmpje in je hoofd af te spelen, je houding aan te passen en je manier van kijken. Ook gaan we de positieve eigenschap sterker maken door een positieve zin, die je tegen jezelf gaat zeggen. Muziek gaan we ook gebruiken. Door een tijd zo bezig te zijn met je positieve eigenschappen, gaat het ook steeds meer zo voelen.

Deze training gaat ervoor zorgen dat je positieve zelfgevoel sterker wordt en dat het positieve zelfgevoel het vaker gaat winnen van je negatieve zelfgevoel.

Bij het vaststellen van het negatief zelfbeeld is het belangrijk om op het volgende te letten:

- het gaat om een disfunctioneel negatief zelfbeeld.
- het moet echt om een negatieve zelfbeoordeling gaan en niet om problemen in de relationele en interactionele sfeer.
- de lage zelfwaardering kan betrekking hebben op specifieke domeinen ('ik ben dom, lelijk, saai, laf', enz.) of kan meer globaal gedefinieerd zijn ('ik ben waardeloos, stel niks voor, hoor er niet bij, ben een loser').
- gezonde zelfkritiek is prima, dan is er geen indicatie voor deze module.
- als de cliënt met een hele reeks aan negatieve oordelen komt, vraag dan wat voor hem het meest belangrijke is of cluster de oordelen onder één noemer.

## Bepalen van het incompatibele tegenbeeld

Laat de cliënt eerst in algemene zin alle positieve eigenschappen noteren die hij zelf weet/heeft. Stimuleer de cliënt om naar de positieve eigenschappen van zichzelf te kijken. De omgeving van de cliënt kan hierbij betrokken worden. Middels de huiswerkopdracht wordt dit eveneens gestimuleerd.

Na het benoemen van de diverse positieve eigenschappen, is de volgende stap om op zoek te gaan naar het incompatibele tegenbeeld. Let erop dat het incompatibele tegenbeeld op hetzelfde domein ligt als het negatieve zelfbeeld. Het gaat hier dus om de positief gewaardeerde eigenschap die in meer of mindere mate de negatieve zelfopvatting ontkracht of tegenspreekt. Het is belangrijk om voldoende tijd bij deze stap stil te staan, zodat het juist incompatibele tegenbeeld geformuleerd kan worden.

NB. Indien binnen de sessie het incompatibele tegenbeeld onvoldoende helder is geworden, dan kan daar de volgende sessie op verder gegaan worden.

## Huiswerk bespreken voor de volgende keer

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

- Motiveer de cliënt om de sessie van vandaag nogmaals door te nemen.
- Laat de cliënt als huiswerk zijn eigen lijst met positieve eigenschappen invullen en laat hem zijn omgeving vragen naar positieve eigenschappen. Hierbij is het belangrijk om met de cliënt te bespreken wie hij uit zijn steunsysteem gaat vragen en op welke wijze hij het kan vragen.



## *Hoofdstuk 3: Positieve eigenschappen in de schijnwerpers zetten*

### Benodigdheden

Whiteboard/flip-over en stiften

### Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar de vorige sessie over is gegaan. Mochten er onduidelijkheden of vragen zijn dan kan de therapeut verder toelichting geven.
- Er moet voldoende tijd worden besteed aan het nabespreken van het huiswerk. De eigen lijst positieve eigenschappen en de positieve eigenschappen, die gevraagd zijn aan mensen uit de omgeving van de cliënt. Hierdoor ervaart de cliënt ook dat het belangrijk en zinvol is om thuis de opdrachten te doen.
- Als de cliënt geen huiswerk heeft gemaakt, is het gewenst hier uitgebreid bij stil te staan. Wat is de reden dat het huiswerk niet is gemaakt? Redenen voor het niet maken van het huiswerk kunnen zijn: te moeilijk, te vaag, motivatieprobleem, moeilijk in te plannen, etc. De training staat en valt namelijk met het doen van huiswerk. Het is dus belangrijk dat huiswerk maken in dit stadium uitgebreid aan de orde komt.

Indien de cliënt vanuit motivatieproblemen geen huiswerk maakt, is het belangrijk dit bespreekbaar te maken. In dit geval zal in eerste instantie ingezet moeten worden op het motiveren van de cliënt. Mochten de motivatieproblemen echter in de loop van de behandeling aanhouden, dan zal overwogen moeten worden de module te stoppen. Het heeft dan nauwelijks of geen effect.

### Informatie: selecteren van het incompatibele tegenbeeld

Selecteer, samen met de cliënt, de positieve eigenschap die het incompatibele tegenbeeld van het negatieve zelfbeeld vormt. In deze stap kunnen twee dingen moeilijk zijn. Ten eerste kan de cliënt soms geen goede eigenschappen opsommen. Het huiswerk en de oefeningen uit hoofdstuk 2 kunnen hierbij helpen om de cliënt een positieve eigenschap wel te kunnen benoemen. Wat eveneens kan helpen, is om te vragen naar het tegenovergestelde van het negatieve zelfbeeld. Bijvoorbeeld: “Ok, je vindt jezelf dus dom. Wat is het tegenovergestelde van dom?”.

Als de cliënt antwoord: “een slim persoon”. Dan kan de therapeut doorvragen door bijvoorbeeld te vragen: “welke slimme kanten heb jij, die niet kloppen met de gedachte dat je dom bent?”.

Ten tweede kan het probleem optreden dat de cliënt geen positieve eigenschap noemt, maar eerder een positief gevoel of situatie. Het is dan belangrijk om samen met de cliënt te onderzoeken of dit positieve gevoel of deze positieve situatie te herleiden is naar een positieve eigenschap, die in tegenspraak is met het negatieve zelfbeeld.

## Oefening

Vul samen met de cliënt een “verhaaltje” in op het formulier in het werkboek, zoals dat later ook meegegeven wordt als huiswerk.

## Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt het hoofdstuk van vandaag nog eens thuis doornemen.
- Maak met de cliënt concrete afspraken over wanneer hij het huiswerk gaat maken (oefenen). Dit kan ook al op de huiswerkbladen ingevuld worden.
- Benoem dat de situatie als een verhaal wordt gereconstrueerd. Vandaar dat er ook over verhalen wordt gesproken en niet over situaties. Het doel hiervan is om zoveel mogelijk details van de situatie naar voren te laten komen, wat van belang is voor de imaginatie in de volgende stap.
- Indien er steunfiguren zijn (familie, ouders, partner, begeleiding) cliënt stimuleren om deze te laten ondersteunen bij het maken van het huiswerk. Hierbij dient goed bekeken te worden welke personen een positieve bijdrage kunnen leveren.

Het is belangrijk om te letten of er niet teveel druk (in frequentie van oefenen thuis) op de cliënt ligt. Het gevaar hiervan is dat de cliënt zich zo overvraagd kan voelen, dat hij het oefenen thuis gaat vermijden. De stelregels is: liever minder frequent oefenen, dan rigide vasthouden aan het aantal keer oefenen wat wordt aanbevolen in de werkmap van de cliënt. Het gevaar hiervan is dat er helemaal niet geoefend wordt.

## *Hoofdstuk 4: Een filmpje in je hoofd afspelen*

### Benodigdheden

Whiteboard/flip-over en stiften

### Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het vorige hoofdstuk over is gegaan.
- Bespreek uitgebreid het huiswerk. Door de situaties opnieuw te laten vertellen (a.h.v. gemaakte huiswerk), wordt telkens opnieuw de focus gelegd op de positieve eigenschap. Laat de cliënt het verhaal zelf hardop vertellen.

Bij het bespreken van het huiswerk dient er ook goed doorgevraagd te worden naar de positieve emotie die bij de situatie los kwam. Blijf de aandacht vestigen op de positieve emotie. Tevens is het belangrijk de aandacht te leggen op de details uit de situatie. Deze details (wat ziet de cliënt, wat hoort de cliënt, wat voelt de cliënt en wat ruikt de cliënt?) worden namelijk de ingrediënten van de imaginatie in stap 5.

### Informatie

#### **Emotioneel sterker maken van tegenvoorbeelden middels imaginatie**

In stap 5 van de COMET voert de cliënt herhaaldelijk een aantal specifieke oefeningen uit. Deze oefeningen hebben als doel de positieve eigenschappen sterker te maken en competitiever te maken met het negatieve zelfbeeld. De specifieke oefeningen zijn gericht op het emotioneel gevoeliger maken van de nieuwe positieve representaties.

Stap 5 heeft een aantal deeltechnieken die in verschillende tussenstappen worden geïntroduceerd en met elkaar worden verbonden.

## Oefenen

Voer de imaginatie uit in de zitting met de cliënt.

De stappen zijn als volgt:

- 1) Vraag de cliënt de ogen dicht te doen en ontspannen te gaan zitten.
- 2) Vraag de cliënt in gedachten terug te gaan naar het moment waarop het positieve zelfbeeld (= incompatibele tegenbeeld) naar voren komt.
- 3) Laat de cliënt het positieve gevoel vasthouden.

Bij de imaginatie is het belangrijk om de cliënt te helpen door vragen te stellen over wat iemand ziet, ruikt, hoort en voelt. Laat de imaginatie ongeveer een minuut duren. Sommige mensen hebben moeite met imaginatie, kunnen zich geen beeld of voorstelling vormen van een situatie. Voor deze behandeling is het van essentieel belang dat een persoon dit wel in enige mate kan. Een foto van de situatie zou hierbij helpend kunnen zijn.

Na de imaginatie-oefening is het belangrijk om steeds 2 vragen stellen:

- 1) Lukte het om de situatie voor je te zien?
- 2) Lukte het om het positieve gevoel over jezelf een beetje te voelen?

Let op: indien de vragen negatief beantwoord worden door de cliënt, kan in eerste instantie nogmaals geoefend worden met de imaginatie. Echter als de cliënt echt niet tot imaginatie komt, dient overwogen te worden of deze behandelmodule wel de aangewezen behandelmodule is. Wellicht dient er dan meer op cognitief niveau (cognitieve herstructurering) en op gedragsniveau (gedragsexperimenten) ingestoken te worden.

Overigens hoeven bij de 2<sup>de</sup> vraag cliënten de positieve emotie over zichzelf nog niet heel lang te voelen.

## Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt lezen wat er in dit hoofdstuk is besproken.
- Spreek met de cliënt concreet af waar en wanneer hij gaat oefenen met de imaginatie.
- Leg uit aan de cliënt hoe het formulier moet worden ingevuld.

Indien sprake is van geringe motivatie bij de cliënt, maak dit bespreekbaar. Samen met de cliënt zal gezocht moeten worden naar oplossingen, opdat de cliënt niet gehinderd wordt door zijn geringe motivatie en de oefeningen thuis kan doen. Wees erop bedacht dat vermijding een rol kan spelen bij het niet willen doen van het huiswerk. Ook kunnen cliënten zich wat gegeneerd voelen bij het doen van de oefeningen.

Gedurende de gehele behandeling is het peilen van de motivatie van de cliënt van belang. Hoewel het wellicht overbodig is te noemen, is het aan te bevelen dat de therapeut continu zijn motiverende gesprekstechnieken inzet.

## Hoofdstuk 5: De positieve zin

### Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Eventueel witte kaartjes in het formaat van een bankpas

### Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het vorige hoofdstuk over is gegaan.
- Bespreek het huiswerk. Besteed hier voldoende tijd aan. Is de imaginatie thuis gelukt? Zo niet, ga dan uitgebreid op onderzoek uit wat ervoor heeft gezorgd dat de imaginatie niet lukte. Indien het te moeilijk was om zelfstandig de imaginatie thuis uit te voeren, dan kan de imaginatie nogmaals in de zitting gedaan worden. Tevens is het dan belangrijk om te bespreken wie cliënt thuis kan ondersteunen bij het oefenen. Eventueel kan er een bandopname gemaakt worden van de imaginatie-oefening in de zitting. Deze kan vervolgens thuis afgespeeld worden, ter ondersteuning.

### Informatie

#### **Emotioneel sterker maken met zelfspraak**

Met de cliënt dient een woord of zin geselecteerd te worden om het positieve gevoel nog meer te versterken. Laat de cliënt het woord of de zin opschrijven in het werkboek. Tevens is het aan te raden om het woord of de zin ook op een apart kaartje te laten opschrijven. De cliënt kan dit kaartje bij zich dragen in zijn portemonnee.

Let er als therapeut op dat de zinnen kort en krachtig zijn. De zinnen/woorden hebben meestal betrekking op de imaginatie, maar noodzakelijk is het niet.

## Oefenen

Oefen samen met de cliënt de imaginatie in combinatie met de zelfspraak.

De stappen zijn als volgt:

- 1) Vraag de cliënt de ogen dicht te doen en ontspannen te gaan zitten.
- 2) Laat de cliënt in gedachten terug gaan naar het moment waarop het positieve zelfbeeld (= incompatibele tegenbeeld) naar voren komt en laat de cliënt het filmpje afspelen.
- 3) Laat de cliënt het positieve gevoel vasthouden. Vraag aan de cliënt of hij het gevoel heeft. Laat hem bij dat gevoel blijven.
- 4) Laat de cliënt het woord/de zin hardop opzeggen en laat de cliënt opnieuw het positieve gevoel vasthouden.

Na de oefening worden dezelfde vragen gesteld als bij de imaginatie in het vorige hoofdstuk:

- 1) Lukte het om de situatie voor je te zien?
- 2) Lukte het om het positieve gevoel over jezelf een beetje te voelen?

## Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt lezen wat in dit hoofdstuk is besproken.
- Bespreek met de cliënt concreet wanneer het huiswerk gedaan wordt. Er dient minimaal 2 maal per dag geoefend te worden. De positieve zin/woord wordt in combinatie met de imaginatie gezegd.

Vertel aan de cliënt dat het kan zijn dat imaginatie niet meteen lukt en het positieve gevoel over zichzelf niet direct komt. Leg geen druk op de cliënt om dit wel voor elkaar te krijgen. Motiveer de cliënt vooral om steeds opnieuw te blijven oefenen.

## *Hoofdstuk 6: Houding van je lichaam en de manier waarop je kijkt*

### Benodigdheden

Whiteboard/flip-over en stiften

### Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen waar het vorige hoofdstuk over is gegaan.
- Bespreek het huiswerk (oefenen met imaginatie samen met de zelfspraak). Als het oefenen thuis goed is gegaan, kan tijdens het bespreken van het huiswerk, de cliënt gestimuleerd worden om op zoveel mogelijk plaatsen te gaan oefenen.

### Informatie

#### **Emotioneel sterker maken met lichaamshouding en gelaatsuitdrukking**

Ter introductie kan de therapeut zichzelf als voorbeeld stellen. De therapeut kan verschillende lichaamshoudingen laten zien.

#### **Voorbeeld tekst**

Stel ik zeg: ik ben best ok (de therapeut is gaan staan, laat zijn schouders en armen hangen, zijn gezicht wat terneergeslagen, slaat de ogen neer en staat er als een zoutzak bij).

Of ik zeg: ik ben best ok (de therapeut recht zijn rug, kijkt de ander in de ogen, balt zijn vuisten).

Wanneer zou ik mij sterker voelen?

Waarom denk je dat?

Heb je dat zelf ook wel eens meegemaakt?



## Oefenen

In de zitting wordt geoefend met imaginatie, zelfspraak, lichaamshouding, gezichtsuitdrukking en verbale ondersteuning (bijv. zacht of juist krachtig iets zeggen).

Voorafgaand aan de oefening wordt met de cliënt besproken welke lichaamshouding en welke gelaatsuitdrukking past bij het positieve zelfgevoel (incompatibele tegenbeeld). Deze houding en gezichtsuitdrukking worden ook geoefend met de cliënt. Ook wordt besproken op welke manier de positieve zin/woord gezegd wordt (hard, zacht, krachtig, enz.).

Als tussenstap kan er met de cliënt geoefend worden met verschillende lichaamshoudingen en gezichtsuitdrukkingen. Aan de cliënt wordt dan gevraagd welk gevoel dit bij hem oproept.

In de zitting wordt opnieuw met de cliënt geoefend met imaginatie, zelfspraak, lichaamshouding en gezichtsuitdrukking.

De stappen zijn:

- 1) Laat de cliënt de gekozen lichaamshouding en gezichtsuitdrukking aannemen.
- 2) Vraag de cliënt de ogen dicht te doen en ontspannen te gaan zitten.
- 3) Laat de cliënt in gedachten terug gaan naar het moment waarop het positieve zelfbeeld (= incompatibele tegenbeeld) naar voren komt en laat de cliënt het filmpje afspelen.
- 4) Laat de cliënt het positieve gevoel voelen en vast houden.
- 5) Laat de cliënt de positieve zin/woord hardop zeggen (zelfspraak) op de manier die eerder is besproken.

## Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt lezen wat er dit hoofdstuk is besproken.
- Spreek met de cliënt concreet af waar, wanneer en hoe er geoefend gaat worden thuis. Eventueel kunnen de lichaamshouding en gezichtsuitdrukking ook apart geoefend worden voor de spiegel. Hiervoor kan gekozen worden als de cliënt in de zitting moeite heeft met het aannemen van de lichaamshouding en de gezichtsuitdrukking.
- Geef de cliënt de opdracht mee om voor de volgende zitting muziek mee te nemen, die het positieve gevoel versterkt. Het gaat om muziek waar de cliënt zich sterk bij voelt of juist vrolijk van wordt.

# Hoofdstuk 7: Muziek

## Benodigdheden

- Whiteboard/flip-over en stiften
- Apparatuur om muziek op af te spelen

## Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

Bespreek met de cliënt hoe het oefenen thuis is gegaan. Indien het moeilijk ging (cliënt kreeg het beeld niet goed voor zich of kon de lichaamshouding en gezichtsuitdrukking niet goed inzetten), zal opnieuw in de zitting hiermee geoefend worden.

## Informatie

### Emotioneel sterker maken van het tegenvoorbeeld met muziek

#### Introductie

Ben je gevoelig voor muziek? Vertel er eens wat over. Heb jij ook dat je bij bepaalde muziek je sterker gaat voelen? Of juist dat je je meer opgewekt gaat voelen? Bij welke muziek heb je dat?

In de sessie wordt de door de cliënt meegebrachte muziek opgezet. Vraag na het fragment aan de cliënt welke emotie de muziek bij hem oproept.

Leg aan de cliënt uit wat de stappen zijn, waarbij de muziek kan helpen het tegenbeeld sterker te maken.

#### Voorbeeld tekst

Zet je muziek maar aan. Terwijl de muziek speelt, laat je de film afspelen. Je zegt daarbij je positieve zin of woord. Tegelijk neem je ook de lichaamshouding aan en de gezichtsuitdrukking die we eerder hebben afgesproken. Concentreer je op de verschillende dingen: de muziek, de beelden, de houding en de zin. Probeer het positieve gevoel vast te houden.

De therapeut dient erop te letten dat de uitgekozen muziek het positieve tegenbeeld versterkt en juist niet zwakker maakt. Het gaat hier niet om muziek die alleen een lekker gevoel geeft. Indien de cliënt muziek bij zich heeft die onvoldoende past en onvoldoende het positieve zelfbeeld versterkt, dan wordt voor de volgende keer opnieuw de opdracht meegeven om muziek uit te zoeken en mee te nemen.

Ook al is de muziek niet geheel passend, toch wordt er geoefend met de muziek. Zo worden de stappen gedemonstreerd aan de cliënt en heeft de cliënt de stappen al een keer doorlopen, voordat hij het thuis alleen zal moeten doen.

## Oefenen

Oefenen samen met de cliënt in de zitting. Er wordt geoefend met dezelfde situatie die in de voorgaande sessies ook steeds aan bod kwam.

De stappen zijn als volgt:

1. Laat de cliënt de muziek aanzetten.
2. Laat de cliënt de lichaamshouding en gezichtsuitdrukking aannemen.
3. Laat de cliënt de positieve situatie oproepen (film afspelen).
4. Laat de cliënt het positieve gevoel voelen en vasthouden.
5. Laat de cliënt de positieve zin/woord tegen zichzelf zeggen.

Bij het nabespreken van de oefening worden de volgende twee vragen gesteld:

1. Lukte het om de technieken van de tussenstappen allemaal tegelijk in actie te laten komen?
2. Lukte het om het positieve gevoel te ervaren?

Waar de stappen niet helemaal of niet optimaal lukten, wordt de desbetreffende stap afzonderlijk extra geoefend om het effect alsnog te realiseren.

Verder is het belangrijk om in de zitting de cliënt te motiveren, om op verschillende plekken te gaan oefenen.

## Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt lezen wat er in dit hoofdstuk is besproken.
- Neem uitgebreid de tijd om het huiswerk te bespreken met de cliënt. Bespreek concreet op welke plekken de cliënt allemaal kan gaan oefenen. Eventuele obstakels worden van te voren met de cliënt besproken. Oplossingen voor de obstakels worden samen met de cliënt onderzocht en hier worden afspraken over gemaakt.
- Als de muziek die de cliënt had meegenomen, onvoldoende het positieve zelfbeeld versterkt, dan wordt de opdracht gegeven om thuis nieuwe muziek uit te zoeken en de volgende keer mee te nemen. Als het niet te belastend is voor de cliënt, kan eveneens als huiswerk de opdracht worden meegegeven om thuis alvast te oefenen met de stappen met de nieuw uitgezochte muziek.
- Deze week dient er minimaal 1 maal per dag geoefend te worden. Uiteraard is meer oefenen nog beter.

## *Hoofdstuk 8: De positieve eigenschap oproepen in moeilijke situaties, sterk maken*

### Benodigheden

Whiteboard/flip-over en stiften

### Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Laat de cliënt in eigen woorden vertellen wat er in het vorige hoofdstuk is besproken.
- Bespreek uitvoerig hoe het oefenen thuis is gegaan. Indien de oefening thuis niet lukte of niet optimaal lukte, kan er in de zitting opnieuw geoefend worden. Er kan gekozen worden om alle stappen te oefenen of juist de stap te oefenen die moeilijk was.
- Het kan zijn dat de cliënt afgeleid raakt door de muziek en zich niet meer kan concentreren op de andere stappen (imaginatie, zelfspraak, motoriek). In eerste instantie zou dan geprobeerd kunnen worden om minder aandacht vragende muziek te kiezen. Als dit onvoldoende resultaat geeft, dan kan de muziek achterwege worden gelaten.

### Informatie

#### **Contraconditionering I: immuun maken**

In dit en in het volgende hoofdstuk wordt weer enige expliciete aandacht besteed aan de negatieve zelfwaardering. In deze hoofdstukken wordt de contraconditionering in twee verschillende stappen geïntroduceerd.

In deze twee stappen worden op twee verschillende manieren de inmiddels opgebouwde en positief versterkte gevoelens van eigenwaarde (incompatibele positieve zelfbeeld) gekoppeld aan situaties die bij de cliënt tot dan toe doorgaans lage zelfwaardering hebben geactiveerd. Met behulp van contraconditionering wordt getracht om nieuwe associaties te leggen tussen deze situaties (triggers) voor lage zelfwaardering en de tegenovergestelde zelfbeoordeling (het incompatibele positieve zelfbeeld).

In de eerste toepassing van contraconditionering gaat het om wat 'immuun maken' kan worden genoemd. Hiermee wordt bedoeld dat de triggers tijdens de procedure ongevoelig worden gemaakt voor de negatieve associaties, de associatie tussen

trigger en positief zelfbeeld wordt versterkt. Dit gaat ten koste van de oorspronkelijke associatieve sterkte tussen trigger en een negatief zelfbeeld.

Aan de cliënt wordt uitleg gegeven over contraconditionering.

### **Voorbeeld tekst**

Weet je nog dat in sommige situaties jouw negatief zelfbeeld steeds naar voren kwam? Wat waren die situaties ook alweer? Deze situaties, die ervoor zorgden dat je negatieve zelfbeeld op kwam, noemen we triggers.

Laten we kijken naar het voorbeeld in je werkmap. In dit voorbeeld ga je niet twifelen aan jezelf.

Er zijn ook situaties die wel moeilijk zijn. Situaties waarin je wel aan jezelf kunt gaan twifelen. We gaan deze moeilijke situaties nu eerst opschrijven.

In deze moeilijke situaties kan je negatieve zelfbeeld weer opkomen. We gaan in deze moeilijke situaties oefenen om je positieve zelfbeeld op te roepen.

### **Oefenen**

Selecteer voor de oefening een situatie (trigger) die nog niet al te moeilijk is, lager in de hiërarchie van moeilijke situaties.

Oefen samen met de cliënt in de zitting het ‘immuun maken’.

De stappen zijn als volgt:

1. Laat de cliënt het positieve zelfgevoel oproepen door middel van imaginatie (film afspelen), zelfspraak, motoriek en muziek.
2. Zodra de cliënt het positieve gevoel te pakken heeft, laat hem dan het beeld veranderen naar de vooraf afgesproken trigger voor het negatieve zelfbeeld ('switch').
3. Laat de cliënt na 'switch' (van het positieve beeld naar een negatief beeld), de zelfspraak, motoriek en muziek, horende bij het positieve zelfgevoel, hetzelfde blijven.

Besteed veel aandacht en tijd aan de contraconditionering in de zitting. Voor veel mensen is deze stap het moeilijkst.

Veel cliënten vinden het moeilijk om al meteen een positief, of in elk geval neutraal gevoel vast te houden, als ze worden geconfronteerd met de imaginatie van situaties die de eigenwaarde ondermijnen. De therapeut dient hier alert op te zijn en kan de cliënt ondersteunen door de volgende instructies te geven:

- Denk aan je houding
- Blijf rechtop staan
- Probeer het nog iets steviger
- Herhaal de positieve eigenschap
- Zeg de positieve zin nog maar eens harder en krachtiger op

Wanneer de negatieve zelfwaardering tijdens de contraconditionering de overhand gaat krijgen, wordt tijdelijk teruggeschakeld naar het positieve beeld. Zodra het positieve gevoel er weer is, wordt opnieuw overgeschakeld naar de trigger. In een eerder stadium (zie de eerder beschreven contra-indicaties) is reeds onderzocht of er nog sprake is van een (actueel) onverwerkt trauma. Indien dit het geval is, dan is deze module niet geschikt.

Belangrijk is dat alle bovenstaande stappen in de imaginatie plaatsvinden. De therapeut dient hierop alert te zijn.

Wanneer het de cliënt een paar maal is gelukt om imaginair in een moeilijke situatie het gevoel van eigenwaarde te blijven vasthouden, wordt de stap gemaakt naar het oefenen met lastigere triggers. Hiervoor dient de hiërarchie van moeilijke situaties gebruikt te worden.



Wanneer de contraconditionering toch erg lastig blijft, adviseert de therapeut aan de cliënt om als extra oefening, ook nog geregeld de voorgaande stappen te oefenen (versterken van incompatibele positieve tegenvoorbeelden).

Tevens kan ook nog nagegaan worden of er nog andere, minder moeilijke triggers te bedenken zijn waar eerst mee geoefend kan worden. Misschien klopte de hiërarchie niet helemaal of startte deze vanaf een te hoge moeilijkheidsgraad.

### **Mogelijke complicaties:**

*Het positieve gevoel kan onvoldoende aan de negatieve situatie worden gekoppeld*

Dit is het meest kenmerkende probleem in deze fase van de COMET. In dit geval volgt de therapeut een soort stappenplan:

- Voldoende rust en tijd nemen om de positieve situatie voldoende voelbaar te maken en te laten voelen.
- Kies een trigger die niet al te moeilijk is
- Zorg ervoor dat de positieve situatie inderdaad incompatibel is met de trigger

*De positieve eigenschap wordt wel als positief beoordeeld door de cliënt, maar niet als (voldoende) incompatibel*

Een voorbeeld hiervan is dat sommigen cliënten vinden dat 'een goede vriend zijn' niet opweegt tegen hun vermeende 'saaiheid', 'domheid' of 'lelijkheid'. Als het goed is, was een dergelijk probleem al eerder in de therapie gesignaleerd (zie toelichting hoofdstuk 2 en 3) en voorkomen. Indien het toch aan de orde is, zijn er de volgende noodoplossingen, die ook hun nadelen hebben.

Noodoplossingen:

- Op zoek naar een beter tegenvoorbeeld, positieve eigenschap. Het nadeel hiervan is dat er teruggaan dient te worden in de stappen. Dit vraagt dus veel tijd. In een groepsbehandeling is dit eigenlijk niet haalbaar.
- Formulering van het negatieve zelfbeeld aanpassen. Bijvoorbeeld in plaats van 'ik ben saai' vervangen door 'ik ben saai en dus niet de moeite waard'. Hierdoor krijgt de negatieve zelfevaluatie een meer globaal en minder specifiek niveau. Het is dan makkelijker om een positief tegenvoorbeeld te genereren. Het nadeel van deze oplossing is dat het zelfbeeldprobleem van de cliënt benaderd wordt alsof het een realistisch negatief zelfbeeld is, dat men vervolgens tracht te compenseren door er positieve eigenschappen op andere gebieden tegenover te stellen. Het uitgangspunt van de COMET is

juist dat het negatief zelfbeeld op zich al incorrect is en onvoldoende door de feiten wordt ondersteund. In een dergelijk geval corrigeert men liever ('ik denk dat ik saai ben, maar in feite ben ik dat eigenlijk helemaal niet, want.....') dan dat men compenseert ('ik mag dan wel saai zijn, maar daar staat tegenover dat ik .....').

*Het bewaren van het basaal positief zelfbeeld in omstandigheden waarin men objectief gezien fouten of blunders heeft gemaakt*

Dit zijn waarschijnlijk de lastigste situaties die men tijdens contraconditionering kan tegenkomen. Cliënten maken objectief gezien fouten of blunders. Het kunnen blijven vasthouden van het basaal positieve zelfbeeld, is dan lastig. Toch wordt aangeraden om ook in dit soort situaties de contraconditionering toe te passen. In dergelijke situaties kan er gebruik worden gemaakt van *rescripting*. Hierbij is het belangrijk dat het geïmagineerde optreden van de cliënt als realistisch wordt ingeschat. Het gaat hier om situaties (triggers) die de cliënt heeft genoemd, waarin het negatief zelfbeeld oorspronkelijk geactiveerd werd.

De stap van *rescripting* wordt vooraf besproken met de cliënt en wordt toegepast op het moment dat de trigger wordt opgeroepen. Het voert te ver door om in deze handleiding uitgebreid uiteen te zetten hoe rescripting wordt uitgevoerd. Hiervoor wordt verwezen naar bestaande literatuur over rescripting.

### Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt lezen wat er is besproken in dit hoofdstuk.
- De cliënt zal meerdere malen op een dag (minimaal 2 maal per dag) moeten oefenen met de contraconditionering. Dit vraagt veel van de cliënt. Bespreek dit uitgebreid met de cliënt. Indien de cliënt het niet haalbaar acht om 2 maal op een dag te oefenen, dan kan er besproken worden hoe vaak wel haalbaar is voor de cliënt om te oefenen. Bespreek vooraf ook wanneer en waar er geoefend gaat worden. Tevens dient er besproken te worden wie vanuit het steunsysteem cliënt kan ondersteunen in het oefenen.

## Hoofdstuk 9: EHBO

### Benodigdheden

Whiteboard/flip-over en stiften

### Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

Besprek uitgebreid hoe het oefenen is gegaan. Mogelijke complicaties, die in hoofdstuk 8 zijn besproken, kunnen zijn opgetreden bij het oefenen. Als het moeilijk was om de contraconditionering thuis te oefenen (de stappen lukten niet of het lukte niet om het positieve zelfbeeld en zelfgevoel vast te houden), dan zal opnieuw geoefend worden in de zitting.

Als bovenstaande het geval is, is het aan te bevelen de gehele zitting te besteden aan contraconditionering I en pas de volgende sessie te starten met contraconditionering II.

### Informatie

#### **Contraconditionering als copingtechniek II**

Bij coping door contraconditionering schakelt de cliënt om van de (geïmagineerde) negatieve situatie naar de (geïmagineerde) positieve situatie.

Het is van belang om dit 'omschakelen' naar het positieve beeld te onderscheiden van het 'wegdrukken' van het negatieve beeld. 'Wegdrukken' leidt tot het ongewenste *rebound effect*, waarbij de onderdrukte gedachte na korte tijd in verhevigde mate terugkeert. Geconcentreerde afleiding (focussed distraction) lijkt daarentegen een veel minder schadelijke manier te zijn om ongewenste intrusies het hoofd te bieden (Korrelboom, 2011). Coping door contraconditionering heeft veel meer weg van geconcentreerde afleiding dan van het onderdrukken van gedachten.

## Oefenen

De volgende uitleg zou aan de cliënt gegeven kunnen worden: deze oefening ‘Eerst Hulp bij Ongelukken’, EHBO, lijkt op de oefening van de vorige keer. We gaan nu oefenen om je positieve gevoel weer op te roepen in situaties waar je negatieve zelfbeeld makkelijk naar voren kan komen. De stappen van deze oefening zijn alleen net iets anders.

Samen met de cliënt wordt in de zitting geoefend met contraconditionering II.

De stappen worden geoefend in de zitting

1. Laat de cliënt een moeilijke situatie waarin het negatief zelfbeeld is opgekomen, imaginair oproepen. Laat de cliënt het negatieve gevoel echt voelen. Laat motoriek, zelspraak, gedachten, gevoelens komen die horen bij het negatief zelfbeeld.
2. Op een teken van de cliënt wordt een switch gemaakt. Laat de cliënt de switch maken van de moeilijke negatieve situatie naar de positieve situatie die in de voorgaande sessies steeds is geoefend. Hierbij wordt de muziek aangezet, het positief beeld opgeroepen. Tevens wordt de lichaamshouding, gelaatsuitdrukking en zelspraak die bij de positieve eigenschap horen, ingezet. De ‘switch’ kan door de cliënt extra kracht bijgezet krijgen door bijvoorbeeld in zijn handen te klappen, een gebaar te maken of op de tafel te slaan.

Bij contraconditionering II gaat het erom dat het negatieve zelfgevoel weer wordt vervangen door een positief gevoel met betrekking tot de eigenwaarde. De therapeut kan de cliënt er (nogmaals) op wijzen dat deze toepassing alleen geldt wanneer het negatieve zelfoordeel disfunctioneel is, dus wanneer de cliënt zichzelf iets kwalijk neemt wat onterecht is of wanneer de cliënt te lang en/of te heftig blijft hangen in zijn negatieve beoordeling.

### **Mogelijke complicaties:**

De eerste complicatie kan zich voordoen in de eerste stap na de ‘switch’, wanneer de cliënt zijn positieve gevoel niet kan activeren. De maatregelen die getroffen kunnen worden, zijn merendeels al behandeld in de voorgaande hoofdstukken. Te overwegen valt: aanpassen van de moeilijkheidsgraad van de negatieve situatie en erop letten dat de motoriek ook goed wordt ingezet. De tweede complicatie kan

zitten in hoe de 'switch' gemaakt wordt: geleidelijk of resoluut. Muziek, motoriek en beelden zijn hierbij de sleutelementen. Het volume van de muziek kan geleidelijk aan steeds harder worden gezet of de volumeknop kan in één keer voluit worden gezet. Voor lichaamshouding en gelaatsuitdrukking geldt hetzelfde: een rustige omschakeling, waarbij de ene houding en uitdrukking langzaam overgaat in de andere. De resolute schakeling is waarin de cliënt van het ene op het andere moment van houding en van uitdrukking verandert. Dat geldt ook voor het omschakelen van beelden. De cliënt kan het negatieve beeld langzaam laten vervloeien in het nieuwe positieve beeld, zoals dat wel gebeurt met foto's in een diapresentatie. De cliënt kan echter ook in één klap van het ene beeld naar het andere beeld schakelen, zoals wanneer je van tv-kanaal wisselt. Vooralsnog is het uitproberen wat voor deze cliënt het beste werkt, resoluut of geleidelijk.

### Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt het gehele werkboek nogmaals doornemen.
- Er dient elk de dag minimaal 2 maal geoefend te worden. Bespreek concreet waar en wanneer de cliënt gaat oefenen. Indien 2 maal oefenen per dag voor de cliënt echt niet haalbaar is, kan er besproken worden wat voor hem wel haalbaar is.

Bespreek tot slot met de cliënt dat de volgende sessie in het teken zal staan van evalueren. Hierbij is het gewenst dat cliënt samen met een persoon uit zijn steunsysteem komt, die ondersteunend is geweest in de gehele behandeling.

## *Hoofdstuk 10: Evalueren*

### Benodigdheden

Whiteboard/flip-over en stiften

### Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

Bespreek hoe het oefenen is gegaan.

Indien er nog onduidelijkheden zijn over de stof in het werkboek of over de verschillende oefeningen, dan kan er extra toelichting worden gegeven.

### Evalueren

Bespreek met de cliënt en diens systeem wat de behandeling heeft opgeleverd. Kijk samen met de cliënt terug op de vooraf opgestelde doelen van de cliënt. Zijn deze behaald?

Indien de doelen nog onvoldoende behaald zijn, kunnen er nog een aantal sessies worden toegevoegd.

Eveneens kan er nog een aantal sessies worden toegevoegd als of contraconditionering I (immuun maken) of contraconditionering II (als coping) of beiden nog onvoldoende beheerst worden.

### Vragenlijsten

Opnieuw worden de volgende vragenlijsten ingevuld door de cliënt:

- SQ48
- Rosenberg Self-esteem scale
- Cliëntthermometer (ORS)

### Afscheid en eindboodschap

Blijven oefenen.

## Literatuur

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

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

Dagnan, D., & Waring, M. (2004). Linking stigma to psychological distress: testing a social-cognitive model of the experience of people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 247–254.

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<sup>de</sup> dr., pp. 613–637). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

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

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

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

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

Korrelboom, K. (2011). *Verbeter uw zelfbeeld in 7 stappen: een werkboek voor de cliënt*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive Memory Training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

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

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.

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.

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

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

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

Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies ZB/LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

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



# Bijlagen

# Bijlage 1: SQ48

## SQ-48

Naam cliënt: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Nummer: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

### Instructies

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

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

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

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: Rosenberg Self-estem scale

Naam:

Geboortedatum:

Afname datum

Meting: voormeting/eindmeting

Instructie: hieronder zijn 10 vragen die gaan over hoe je over jezelf denkt. Zet een kruisje in het vakje wat het beste bij je past.

	Helemaal mee eens	Beetje eens	Beetje niet mee eens	Helemaal niet mee eens
1. Meestal ben ik tevreden met mezelf.				
2. Soms denk ik dat ik niets waard ben.				
3. Ik heb het gevoel dat ik een aantal dingen goed kan.				
4. Ik kan dingen even goed als andere mensen.				
5. Ik heb het gevoel niet veel dingen te hebben waar ik trots op ben.				
6. Soms voel ik me nutteloos.				
7. Ik heb het gevoel dat ik waardevol ben.				
8. Ik wou dat ik positiever over mezelf kon denken.				
9. Ik voel me vaak een mislukkeling.				
10. Ik kijk positief naar mezelf.				

### Scoring en normering

- 1) Spiegel de negatief geformuleerde items, 2,5,6,8 en 9
- 2) Tel de itemscores bij elkaar op. De range van de totaalscore is dan 0-30
- 3) Er bestaan geen officiële Nederlandse normen voor verschillende groepen. Op basis van een grote studie van Schmitt en Allik in 2005 kan een score van 18 als grensscore worden beschouwd tussen functioneel en disfunctioneel. Een scoreverschil van minimaal 6 punten tussen begin- en eindmeting (Korrelboom, 2011) is indicatief voor een verandering die iets zegt (*reliable change*).

## Bijlage 3: Cliëntthermometer (ORS)

### Uw mening over hoe het met u gaat Volwassenen

Leeftijd: \_\_\_ jaar    Geslacht: M / V

Datum: \_\_\_ (dg) \_\_\_ (mnd) \_\_\_ (jr)

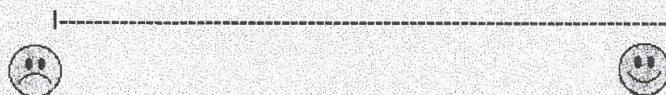
Graag aankruisen wat van toepassing is:

- Start behandeling**
- Einde behandeling**

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

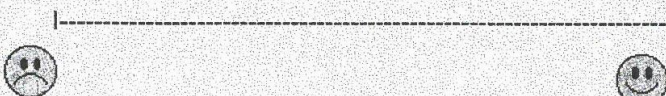
#### Ik

(Hoe gaat het met mij/mijn klachten?)



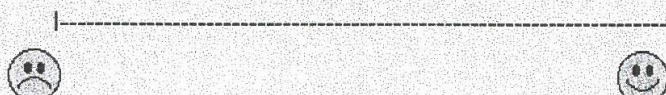
#### Thuis

(Hoe gaan de zaken thuis?)



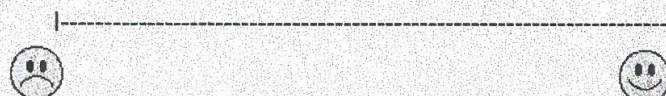
#### School/Werk/Sociale contacten

(Hoe gaat het met werk, dagbesteding?)



#### Alles

(Hoe gaat alles bij elkaar?)



Opmerkingen:

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

Kristal Client Thermometer

Score:

(voor intern gebruik)



## Bijlage 4: Lijst met positieve eigenschappen

Vul deze lijst met positieve eigenschappen in. Zet een kruisje in het vakje wat voor jou het best klopt. Bedenk zelf ook nog een aantal positieve eigenschappen.

Positieve dingen	Niet (0)	Een beetje (1)	Veel (2)
Eerlijk zijn			
Zorgzaam			
Grappig zijn			
Doorzetten			
Snel hulp bieden			
Naar anderen luisteren			
Vriendelijk zijn			
Kunnen genieten			
Andere mensen begrijpen			
Sterk zijn			
Nieuwe dingen bedenken			
Sportief zijn			
Veel van iets weten			
Knap zijn			
Lief zijn			
Dapper zijn			
Handig zijn			
Aardig zijn			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			



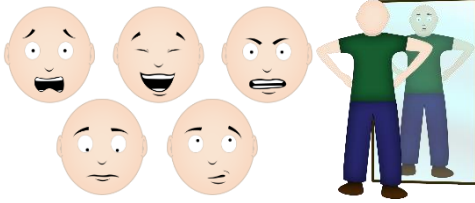
## Bijlage 5: Registratie van positieve eigenschappen

De opdracht is om een situatie in een verhaalvorm te schrijven. In het verhaal is je positieve eigenschap aanwezig.

Het verhaal mag ook langer geleden zijn geweest.

<b>Verhaal 1</b>	Wanneer huiswerk doen:	
Positieve eigenschap:		
Wanneer?		
Waar?		
Met wie?		
Hoe ging het? Schrijf op wat er precies gebeurde.		
Wanneer voelde je deze eigenschap het meest?		
Waarom gaat deze eigenschap niet samen met jouw negatieve zelfbeeld?		

## Bijlage 6: Registratieformulier, verslag van de oefeningen



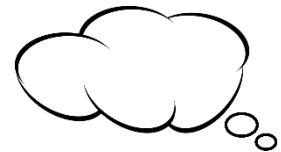
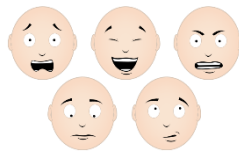
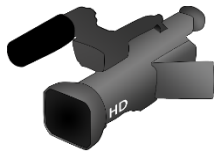
### Belangrijk

Het is belangrijk dat je op een rustige plek gaat zitten. Bijvoorbeeld op de bank of op je bed zonder andere mensen. Zorg ook dat het stil is, dus tv en muziek uit.

Dag van de week	Hoe vaak heb je geoefend?	Hoe ging het oefenen? Wat merkte je? Kwam het positieve gevoel even op?
Maandag		
Dinsdag		
Woensdag		
Donderdag		
Vrijdag		
Zaterdag		
Zondag		



## Bijlage 7: Registratie van contraconditionering I



### Belangrijk

Oefen op verschillende plekken.

Oefen op verschillende momenten van de dag.

Dag van de week	Hoe vaak heb je geoefend?	Waar heb je geoefend?	Hoe ging het oefenen? Wat merkte je? Kwam het positieve gevoel op?
Maandag			
Dinsdag			
Woensdag			
Donderdag			

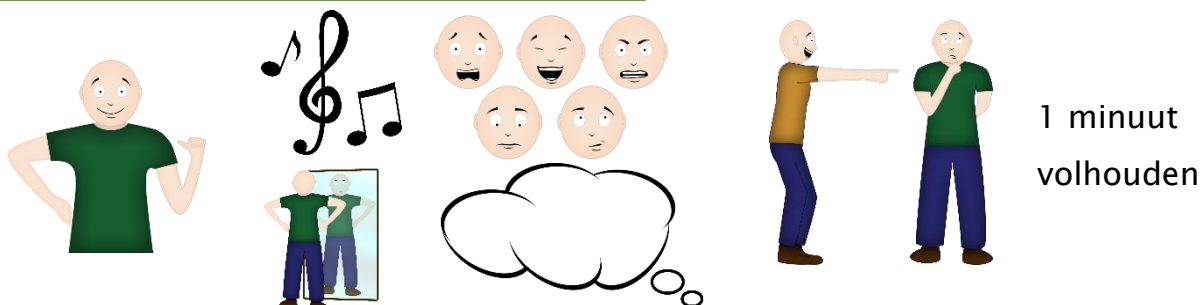


Vrijdag			
Zaterdag			
Zondag			



## Bijlage 8: Registratie van contraconditionering II

Oefen elke dag in elk geval 2 keer.  
De oefening in totaal 5 minuten per keer doen  
Oefen op verschillende plekken



Dag van de week	Hoe vaak heb je geoefend?	Waar heb je geoefend?	Hoe ging het oefenen? Wat merkte je? Kwam het positieve gevoel op?
Maandag			
Dinsdag			
Woensdag			
Donderdag			
Vrijdag			
Zaterdag			
Zondag			