

## Pre-treatment module CGT

Handleiding voor de therapeut bij het werkboek 'Denken, voelen en doen'

# Colofon

Deze module is ontwikkeld door Max Goosen 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. Y.M. Goosen, Gezondheidszorgpsychologe

**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 Doel
- 1.2 Doelgroep
- 1.3 Plaats van de module in de Zorgprogramma's
- 1.4 Profiel van de behandelaar

## *2. Cognitieve gedragstherapie bij psychiatrische stoornissen*

## *3. Psychotherapeutische interventies en CGT bij cliënten met ZB/LVB*

- 3.1 Factoren ter bevordering van de effectiviteit van behandeling
- 3.2 Afstemmen op het niveau van de cliënt met ZB/LVB
- 3.3 Een aantal concrete adviezen bij opzet van de behandeling
- 3.4 Cognitieve voorwaarden voor het volgen van CGT bij cliënten met ZB/LVB

## *4. Pre-treatment module cognitieve gedragstherapie en ZB/LVB*

Uitleg per hoofdstuk in het werkboek

## *Literatuur*

## *Bijlage*

Aantekenformulier voor de therapeut

## 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). De resultaten zijn veelbelovend en laten zien dat CGT een effectieve behandeling is bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking. Zowel binnen wetenschappelijk onderzoek als in de klinische praktijk wordt toenemend de vraag gesteld onder welke voorwaarden een CGT-behandeling bij deze doelgroep de beste kans van slagen heeft.

Ondanks toenemend onderzoek zijn er nog nauwelijks geprotocolleerde behandelingen beschreven. De vraag hiernaar is groot. Om in deze behoefte te voorzien zijn met subsidie van het Nuts Ohra fonds diverse CGT-protocollen ontwikkeld voor mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking. Voor een belangrijk deel zijn deze geënt op bestaande, evidence based CGT behandelprotocollen voor stoornissen binnen het domein van Stemnings-, Angst-, en Somatoforme stoornissen (SAS).

Een ander onderdeel van dit project was een nieuw te ontwikkelen module die training en assessment combineert om de voorwaarden voor het welslagen van een CGT-behandeling te maximaliseren. Het resultaat hiervan is de module 'Denken, Voelen en Doen', waarvan de Handleiding voor u ligt.

De diverse ontwikkelde protocollen zijn nog niet onderzocht op hun effectiviteit. Onze wens is dat er in de (nabije) toekomst onderzoek opgezet wordt naar de effectiviteit van deze pre-treatment module en de andere ontwikkelde protocollen bij mensen zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking te toetsen.

Max Goosen

Leiden, November 2017

# 1. Introductie

Het Sociaal en Cultureel Planbureau schat in 2013 dat circa 15% van de bevolking een IQ onder de 85 heeft. Wanneer er bij deze groep daarnaast sprake is van een beperkt adaptief functioneren, spreken we over zwakbegaafdheid (IQ 70–85), een lichte verstandelijke beperking (IQ 50/55–70), een matige verstandelijke beperking (IQ 35/40–50/55), dan wel een ernstige verstandelijke beperking (IQ <35/40). Volgens dezelfde schattingen uit 2013 geldt voor ongeveer 2,2 miljoen mensen dat er sprake is van zwakbegaafdheid en ongeveer 74.000 dat er sprake is van een lichte verstandelijke beperking (Woittiez e.a., 2014). Deze behandelmodule richt zich op de twee laatstgenoemde groepen. Voor de leesbaarheid wordt in de rest van deze handleiding de afkorting ZB/LVB gebruikt, dan wel verwezen naar (cliënten binnen) de doelgroep.

Zoals gezegd wordt pas van ZB/LVB gesproken als er sprake is van beperkingen in het adaptief functioneren. Binnen de verschillende domeinen van het leven (o.a. wonen, scholing, werken, vrije tijd, relaties) komt tot uiting dat er niet alleen sprake is van een cognitieve of intellectuele beperking, maar ook van een overeenkomstig lager emotioneel en sociaal niveau. Ondersteuning en bejegening van deze groep dient te worden afgestemd op het ontwikkelingsniveau op verschillende gebieden. Tegelijk is het van belang dit op een volwassen toon vorm te geven. Dit geldt tevens in hoge mate voor de inzet van therapeutische interventies bij psychische klachten. Psychische klachten en psychiatrische stoornissen werden lange tijd niet onderkend en derhalve onvoldoende behandeld bij mensen met ZB/LVB. Dit terwijl de prevalentie van dergelijke klachten gemiddeld hoger is dan binnen de groep zonder ZB/LVB (o.a. Wieland, 2015).

## 1.1 Doel

De doelen van deze pre-treatment module zijn het opbouwen van de therapeutische werkwetrelatie en het toetsen en waar nodig en waar mogelijk trainen van:

- Kennis van en (h)erkennen van (eigen) emoties
- Onderscheid maken tussen verschillende emoties
- Het nadenken over gedachten
- Onderscheid maken tussen gedachten, gevoelens en gedrag
- Inzicht hebben in het verband tussen gedachten, gevoelens en gedrag

Naast assessment is het inherent aan de opzet en uitvoering van de module dat er een bepaalde mate van psycho-educatie in verweven zit. Wanneer gekeken wordt of

een cliënt denken, voelen en doen begrijpt en het onderlinge verband, volgt binnen een effectieve werkrelatie tussen cliënt en behandelaar ook uitleg. Zo kan gekeken worden in hoeverre de cliënt zich nieuwe concepten en ideeën weet toe te eigenen. Op grond van de resultaten kan vervolgens worden bepaald in hoeverre en op welke wijze een CGT-module die geïndiceerd is aanpassing behoeft.

Het is mogelijk dat er uiteindelijk geen CGT volgt op de module maar een andere interventie. Dat kan zowel gericht zijn op de cliënt (bijvoorbeeld non-verbale therapie) als op de omgeving (bijvoorbeeld psycho-educatie of systeemtherapie).

## *1.2 Doelgroep*

Deze pre-treatment module is ontwikkeld voor individueel gebruik voor mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking, waarbij indicatie is voor een cognitief gedragstherapeutische behandeling. 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 bevindingen dat mensen, cognitief functionerend op het niveau van tenminste groep 6 van de basisschool, het meest kunnen profiteren van psychotherapie.

Dit wil niet zeggen dat een IQ lager dan 65 een contra-indicatie is voor het inzetten van deze module. Een ervaren therapeut kan op grond van de eerdere integratieve diagnostiek, meerwaarde zien in het inzetten van de module 'Denken, Voelen en Doen'.

## *1.3 Plaats van de pre-treatment module CGT in de Zorgprogramma's*

CGT-behandelmodules zijn onderdeel van de diverse zorgprogramma's (o.a. Stemming-, Angst-, en Somatoforme stoornissen (SAS) en Persoonlijkheidsstoornissen) zoals die binnen GGZ Rivierduinen Kristal zijn ontwikkeld.

Deze pre-treatment module kan worden aangeboden aan alle patiënten met een IQ onder de 65 bij wie een indicatie is voor inzet van een CGT-modules gericht op de behandeling van een specifieke psychologische dan wel psychiatrische stoornis. Dit nadat er multidisciplinaire diagnostiek volgens het integratieve model van Došen heeft plaats gevonden

Na afloop van de module zijn diverse mogelijkheden denkbaar voor vervolgbehandeling. Grofweg valt aan vier mogelijkheden te denken:

- Er komt geen vervolg. De module toont bijvoorbeeld dat de materie (nog) te moeilijk is. Ook is mogelijk dat de module op zich al voldoende is om verder te kunnen met bijvoorbeeld de extra handvatten die dit biedt, in samenwerking met begeleiding.

- De module wordt herhaald. Er lijkt toename van begrip en kennis, doch herhaling biedt de mogelijkheid dat een en ander beter beklijft en de kans op transfer en generalisatie vergroot wordt. Hierbij kunnen al of niet begeleiding of systeemleden extra betrokken worden.
- Er volgt een 'pauze' waarin eerst gewerkt wordt met andere interventies dan een specifieke individuele behandeling. Bijvoorbeeld het gezamenlijk opstellen van een crisis signaleringsplan, specifiek aanpassen van bejegening en begeleiding of vervolgdagnostiek naar aanleiding van de resultaten van de pre-treatment en de nadere hypothesen die dit mogelijk genereert. Te denken valt aan nader onderzoek naar emotioneel niveau en/of comorbide problematiek.
- Er volgt een CGT module gericht op de klachten en geënt op de beschrijvende diagnose van de cliënt. Hierbij worden de resultaten van de pre-treatment gebruikt om waar nodig vorm en inhoud zodanig aan te passen dat de module voor de cliënt zo effectief mogelijk te volgen is. Bijvoorbeeld kortere sessies, meer sessies, meer visualisaties of aanpassen van huiswerkopdrachten.

### *1.4 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. en geregistreerde cognitief gedragstherapeutisch medewerkers onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut. Daarnaast is het van belang dat de behandelaar kennis van en ervaring en affiniteit heeft met de doelgroep.

## 2. Cognitieve gedragstherapie (CGT) bij psychiatrische stoornissen

Binnen de CGT is het uitgangspunt het ‘cognitieve model’. Hierbij doelt men op het verband tussen denken, voelen en doen. Het zijn niet de feitelijke gebeurtenissen die bepalen wat men denkt of voelt, maar de eigen interpretaties die het gevoel en gedrag vervolgens kleuren (o.a. Beck, 1995. Korrelboom en ten Broeke, 2014). Wanneer iemand klachten ontwikkelt die het functioneren belemmeren is er sprake van disfunctionele (automatische) gedachten, conceptualisaties en verbanden tussen denken, voelen en doen. CGT is er op gericht deze niet-helpende elementen te identificeren en met gerichte en geprotocolleerde interventies te helpen verbeteren dan wel oplossen (o.a. Korrelboom en ten Broeke, 2014).

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt toenemend gewezen op de noodzaak van evidence-based behandelingen. Van de psychotherapeutische behandeling is CGT de meest onderzochte wijze van behandelen van een uiteenlopende hoeveelheid stoornissen. De laatste 45 jaar is de effectiviteit van CGT ruimschoots aangetoond bij mensen die op normaal begaafd niveau functioneren. In 1977 publiceerde Beck met zijn collega's het eerste gecontroleerde onderzoek waaruit bleek dat cognitieve therapie effectiever was dan antidepressiva bij een depressie (Rush, et. Al 1977). Sindsdien zijn er wereldwijd onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van CGT bij verschillende psychiatrische ziektebeelden en psychische klachten zoals depressieve stoornissen, angststoornissen en psychotische stoornissen.

Korrelboom en ten Broeke (2014) stellen dat CGT in vergelijking met inzichtgevende therapie meermalen betere resultaten heeft gegeven bij behandeling van fobieën, dwangstoornis, stemmingsstoornis, posttraumatische stressstoornis en boulimia nervosa. Butler e.a. (2006) stellen op basis van nadere analyse van 16 meta-analytische studies dat telkens opnieuw bewijs wordt geleverd voor de effectiviteit van CGT bij een breed spectrum aan psychiatrische diagnoses. Tolin (2010) heeft een meta-analyse uitgevoerd van 28 studies waarin CGT werd vergeleken met alternatieve psychotherapeutische interventies. Zijn conclusie is dat op basis van de vergelijkende effectstudies CGT als eerste keuze gezien zou moeten worden, met name als het gaat om depressieve en angststoornissen.



De effectiviteit van een CGT behandeling hangt samen met verschillende specifieke en non-specifieke factoren. Belangrijkste specifieke factoren zijn kennis, kunde en ervaring van de therapeut en de specifieke methodieken en therapeutische interventies die worden ingezet binnen de geselecteerde behandeling. Belangrijke non-specifieke factoren betreffen de motivatie van de cliënt, de kwaliteit van de werkrelatie met de therapeut en de mogelijkheden binnen de omgeving van de cliënt om zijn verworvenheden uit de behandeling ook daadwerkelijk in te zetten. Er zijn vele onderzoeken gedaan naar wat de voorspellende waarde is van de diverse factoren, doch er is geen definitieve uitspraak te doen over welk factor de best voorspellende waarde heeft (MacCarthy, 2009). Duidelijk is wel dat al deze factoren aandacht behoeven wil een behandeling de gewenste verandering kunnen bewerkstelligen.

Korrelboom en ten Broeke (2014) vangen een groot deel van deze factoren in hun beschrijving van drie niveaus waarop het 'het therapeutisch handelen' dient plaats te vinden. Bij het *therapeutisch aangrijpingspunt* gaat om de vraag wat er bij een patiënt moet veranderen en welke middelen er therapeutisch nodig zijn om tot die veranderingen te komen. Op het niveau van de *therapeutische context* is het de omgeving waarin de patiënt functioneert die aandacht krijgt. Korrelboom en ten Broeke spreken over de beste facilitering in praktische en communicatieve zin van de behandeling op dit niveau. Als derde niveau wordt het *therapeutische systeem* genoemd. Hierbij handelt het specifiek om welke personen of instanties actief betrokken moeten worden, mogelijk ook met gerichte interventies tot veranderen. Korrelboom en ten Broeke stellen bij elk niveau een diagnostische vraag, die binnen het kader van deze module een en ander tegelijk mooi samenvat: "Wat moet er veranderen in het denken, voelen en doen van de patiënt? Op welke wijze kan dit veranderingsproces het beste worden begeleid? Wie moet(en) er nog meer veranderen?" (Korrelboom en ten Broeke, 2014, pp.37-39)

Samengevat kan gesteld worden dat het essentieel is dat een goed getrainde behandelaar met kennis van zaken de patiënt en zijn of haar problematiek goed leert kennen in diens context. Vanuit de patiënt is het van belang bereid te zijn te veranderen, te weten hoe de behandeling werkt en wat van hem of haar verwacht wordt. Binnen de context van de patiënt moet er ruimte zijn om veranderingen te accepteren en ondersteunen en zelf mee te veranderen. Continue aandacht voor een veilige en warme therapeutische context is noodzakelijk.

## 3. Psychotherapeutische interventies en CGT bij cliënten met ZB/LVB

Vanaf het begin van de jaren 90 van de vorige eeuw, zien we een toename van artikelen waarin wordt onderzocht of psychotherapie bij mensen met ZB/LVB effectief is. In 2013 hebben Vereenoghe en Langdon een review en meta-analyse van 143 interventiestudies verricht. Ingewikkeld bleek de grote heterogeniteit van de onderzochte groepen (o.a. het niveau van cognitief functioneren) en de soms matige beschrijving van onderzoeksmethoden, gepleegde interventies en specifieke aanpassingen aan bestaande protocollen. Niettemin werd een bescheiden positief effect gezien na specifieke therapeutische behandeling van psychische klachten bij mensen met ZB/LVB. De meest onderzochte therapievorm was cognitieve gedragstherapie. Bij diverse gevalsstudies en in mindere mate op groepsniveau worden positieve effecten van met name CGT gerapporteerd (Vereenoghe & Langdon, 2013).

### *3.1 Factoren ter bevordering van de effectiviteit van behandeling*

Diverse auteurs en onderzoekers gaan in op een verscheidenheid aan factoren die van belang worden geacht om de kans van slagen van therapie te verhogen. Willner (2006) beschrijft 'readiness' als een combinatie van bereidheid, motivatie en persoonlijke en contextuele vaardigheden en mogelijkheden. Dit naast een zekere mate van vertrouwen dat een cliënt nieuwe vaardigheden kan leren en veranderingen kan aanbrengen. Sommige factoren vereisen verandering van de cliënt of omgeving, zoals persoonlijke motivatie en de noodzaak voor ondersteuning. Sommige factoren zijn onveranderlijk en vereisen verandering van de aanpak of interventies, met als de meest duidelijke reden de cognitieve beperkingen en (on)mogelijkheden van een cliënt. Kijkend naar motivatie is het van belang te onderzoeken of de cliënt vrijwillig komt. Bij een gebrekkige motivatie is de inzet van motiverende gesprekstechnieken een logische keuze (Willner, 2006).

Gezien de diverse beperkingen die mensen met ZB/LVB kunnen hebben, is het individueel aanpassen van interventies en protocollen van groot belang wil aansluiting bij de cliënt kans van slagen hebben (o.a. Vereenoghe & Langdon, 2013). Rekening houden met al deze individuele, contextuele, praktische en theoretische factoren in de psychotherapeutische behandeling van cliënten met ZB/LVB vraagt een grote creativiteit en betrokkenheid van de therapeut.

De Wit e.a. (2011) hebben op verzoek van het Landelijk Kenniscentrum LVG richtlijnen opgesteld voor effectieve (behandel)interventies bij ZB/LVB –jeugdigen. De zestal door hem beschreven factoren zijn allen direct gerelateerd aan de gevolgen van een ZB/LVB voor de cliënt in het dagelijks leven. Een en ander biedt een handige kapstok om systematisch de aanpassingen te bespreken welke noodzakelijk zijn om behandeling passend vorm te kunnen geven voor cliënten met ZB/LVB . De informatie die de Wit geeft wordt hier aangevuld met informatie uit andere literatuur.

### Uitgebreidere diagnostiek

Vanwege de grote diversiteit aan cognitieve vermogens en het niveau van het emotionele en sociale functioneren wordt ervoor gepleit om gedegen multidisciplinaire diagnostiek volgens het integratieve model van Došen, uit te voeren, alvorens over te gaan tot behandeling. Daarbij is het van belang om functie- en betekenisanalyses op te stellen om goed zicht te krijgen op de dynamiek van de klachten. Heldere diagnostiek geeft richting aan de opzet en invulling van de behandeling. Tevens voorkomt het zowel over- als ondervraging wanneer duidelijk is op welke niveaus de cliënt functioneert. In 3.2 wordt hier dieper op ingegaan.

### Afstemmen van de communicatie

Cliënten met ZB/LVB hebben veelal een beperking in het werkgeheugen. Het werkgeheugen slaat informatie op en bewerkt deze informatie. Beperkingen hierin hinderen het denken en leren. Ook het taalgebruik en taalbegrip blijft achter (de Beer, 2011). Vanwege een veelal beperkte woordenschat en de moeite met (verbale) informatieverwerking door het beperkte werkgeheugen wordt aangeraden om de communicatie af te stemmen door:

- 1) Taalgebruik te vereenvoudigen
- 2) Het tempo van aanbieden te vertragen
- 3) Structureel na te gaan of de persoon de informatie wel heeft begrepen en te herhalen waar nodig
- 4) Waar mogelijk visuele ondersteuning te gebruiken. Gesproken woorden zijn vluchtig en beeld ondersteunt het begrip en geheugen.

Geef de cliënt steeds de kans om iets te bekijken en te lezen. Let er op om niet aanhoudend te praten wanneer een cliënt visueel informatie aan het opnemen is. Zo kan informatie stapsgewijs in een passend tempo worden verwerkt.

Eveneens van belang in de communicatie is het besef dat mensen met ZB/LVB moeite kunnen hebben met het uitdrukking geven van hun gedachten en gevoelens in woorden. Wat zij denken en voelen wordt vaak uitgedrukt door middel van gedrag (o.a. Hassiotis, 2014). Naast stemming en wat een cliënt zegt is dus ook van groot belang te observeren wat een cliënt doet in de communicatie. Geeft iemand zelf aan of iets wel of niet begrepen wordt? Stelt de cliënt vragen? Is 'ja' op vragen van de therapeut zeggen een beleefdheidsrespons of een daadwerkelijk teken van begrip? Is weerstand of agitatie een uiting van onbegrip?

### Concreet maken van de oefenstof

Cliënten met ZB/LVB hebben vaak moeite met abstract denken, mede door beperkingen in het werkgeheugen. Leren vindt daardoor veelal plaats door middel van concrete ervaringen (de Beer, 2011). Het is belangrijk 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. Stappen richting nieuw gedrag en gedragsmatige oefeningen gericht op verandering (zoals exposure en gedragsexperimenten) moeten zo concreet mogelijk en in kleine stappen worden uitgewerkt. Concreet houdt daarbij in: maar op één manier uit te leggen, duidelijk afgebakend in uitvoering, praktisch geformuleerd.

### Voorstructureren en vereenvoudigen

Cliënten met ZB/LVB hebben moeite met het structureren van informatie en met het scheiden van hoofd en bijzaken. De Wit raadt aan de oefenstof en de informatie voor te structureren en te vereenvoudigen om zo het werkgeheugen niet te overbelasten. Het is van belang dat de therapeut de cliënt meer externe sturing geeft, meer structuur hanteert en de oefenstof vereenvoudigt, doseert en ordent. Hierbij moet meer tijd worden gereserveerd vanwege de langzamere verwerking van informatie en vanwege de moeite met het houden van overzicht en langdurige concentratie (de Wit, 2011). Ook hier is visualisatie van belang. De diverse ontwikkelde modules, waar deze module onderdeel van is, pogen hier door de gehele opzet en vormgeving een positieve bijdrage aan te leveren. Netwerk, transfer en generalisatie.

Cliënten met ZB/LVB zijn vaak ingebed in een context van langdurige zorg en afhankelijkheid van anderen. Dit kunnen zowel familie, vrijwilligers als professionals zijn. Het netwerk van de cliënt betrekken is noodzakelijk om hetgeen geleerd wordt binnen de therapie over te dragen naar andere situaties en omgevingen en verder te generaliseren (de Wit e.a., 2011).

Belangrijk is ook rekening te houden met beperkende factoren in de omgeving. Zo is er grote variatie in mogelijkheden, kennis en vaardigheden van betrokkenen rondom een cliënt. Niet zelden zijn dit personen die eveneens ZB/LVB hebben. Ook komt voor dat hulpverleners weinig gemotiveerd en/of optimistisch zijn als het gaat om veranderingen en de inzet die daarvoor nodig is (Willner, 2006). In dat geval is allereerst aandacht nodig voor de perspectieven van de omgeving. Gedacht kan worden aan psycho-educatie, bijscholing en gezamenlijke sessies.

Enkele studies tonen een vaak hoog niveau van (negatieve) emotionele expressies van begeleiders naar patiënten met ernstige psychopathologie. Dergelijk gedrag van begeleiders en familie verhoogt de kans dat de cliënt meer gedragsproblemen vertoont (Didden, 2008). Interventies richting begeleiders en familie kunnen in die situaties onderdeel uitmaken van het therapeutisch traject. Een gedragsverandering bij de cliënt wordt dan bewerkstelligd door gedragsverandering bij de betrokkenen. In wetenschappelijke literatuur is relatief veel aandacht voor deze manier van werken. Inmiddels zijn er meerdere trainingen ontwikkeld die juist ingrijpen op het veranderen van gedrag van de begeleiding (zoals videohulpverlening, video-interactiebegeleiding).

### Veilige en positieve leeromgeving

Een veilige en positieve leeromgeving wordt door de therapeut gecreëerd door veel aandacht te besteden aan een warme en oprechte werkrelatie met de cliënt. Hierbij dient men rekening te houden met hoe de cliënt zichzelf ziet binnen zijn context, de verschillen die bestaan in de achtergrond van de cliënt en therapeut en het feit dat veel cliënten met ZB/LVB veelal meerdere negatieve en faalervaringen hebben gehad met instanties en hulpverleners (Willner, 2006, Hassiotis, 2014).

## ***3.2 Afstemmen op het niveau van de cliënt met ZB/LVB***

Een cliënt met ZB/LVB functioneert niet alleen op cognitief, maar vrijwel altijd ook op emotioneel en sociaal niveau lager dan gemiddeld. In 3.1 is reeds gewezen op de noodzaak om goede integratieve diagnostiek uit te voren teneinde een goed beeld te krijgen van het ontwikkelingsprofiel van de cliënt. Voor een passende bejegening is het van belang om aan te sluiten bij de verschillende niveaus. Tegelijkertijd moet rekening gehouden worden met het feit dat de cliënt een volwassen persoon is die ook op volwassen toon bejegend wil worden.

In therapie wordt vaak gewerkt aan het verwerven van inzicht in de eigen problematiek en het nemen van verantwoordelijkheid hierin. Voor cliënten met ZB/LVB is dit een uitdaging vanwege beperkingen op cognitief, emotioneel en sociaal gebied.

Inzicht in en verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag kan moeilijk zijn. Dat wil niet zeggen dat hier aandacht aan besteden niet nuttig kan zijn. Uitleg krijgen over samenhang tussen klachten en eigen handelen kan veel begrip genereren. Vaardigheden oefenen die de cliënt mogelijkheden geven meer controle en regie uit te oefenen is zeer zeker mogelijk (o.a. Willner 2006, Hassiotis 2014).

### Afstemmen op de cognitieve ontwikkelingsleeftijd

Volgens Piaget (1953) bevinden mensen met een licht verstandelijke beperking zich cognitief gezien in de concreet-operationele fase. Logisch oorzaak-gevolg denken en symbolisch denken is mogelijk. Cliënten die cognitief functioneren op het niveau van tenminste groep 6 van de basisschool, kunnen profiteren van psychotherapie, mits er gebruik wordt gemaakt van eenvoudig geschreven informatie (Vuijk, 2013).

### Afstemmen op de emotionele ontwikkelingsleeftijd

Het emotioneel ontwikkelingsniveau zegt iets over de noden van cliënten in diverse, soms spanningsvolle situaties. Bij lagere emotionele niveaus is het onder andere van belang te bepalen in hoeverre iemand in vreemde situaties alleen kan zijn, de nabijheid van een ander noodzakelijk is en hoe de regulatie van spanningen verloopt.

Niet anders dan bij de behandeling bij mensen functionerend op normaal begaafd intelligentieniveau, is het belangrijk om een veilig therapeutisch klimaat te bewerkstelligen. Een verhoogd arousal niveau, een vaak voorkomend iets voor mensen in nieuwe en onbekende situaties, staat per definitie helder denken in de weg. Veiligheid kan bewerkstelligd worden door aan te sluiten bij het tempo van de patiënt, door het opbouwen van een vertrouwensrelatie en door valideren en complimenteren. Bij de cliënten met ZB/LVB dient hier meer dan gemiddeld aandacht en tijd voor te zijn.

### Afstemmen op de sociale ontwikkelingsleeftijd

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

## Disharmonische profielen

Binnen de doelgroep wordt naast lagere niveaus dan gemiddeld ook regelmatig een disharmonisch (cognitief) profiel gezien. Zo kan iemand verbaal sterk imponeren maar emotioneel zwakker functioneren dan hij of zij daarmee doet vermoeden. De emotionele en sociale ontwikkeling zijn vaak achtergebleven bij de cognitieve ontwikkeling. Er is een verschil tussen willen en kunnen en tussen kunnen en aankunnen (Došen, 2014). Het is daarom van groot belang om binnen alle drie de domeinen te bepalen waar iemand zich in termen van ontwikkelingsleeftijd bevindt. Zo kan een experiment waar iemand alleen een vreemde situatie met een nieuw iemand in moet stappen verbaal uitstekend begrepen worden en enthousiast ontvangen ('willen' en 'kunnen'), beschikt de cliënt over de benodigde vaardigheden ('kunnen'), maar zal gezien zijn emotionele leeftijd vrijwel zeker in paniek raken als de situatie zich vervolgens ontvouwt ('aankunnen'). Dergelijke faalervaringen, waar de doelgroep helaas vaak in grossiert, dienen waar mogelijk voorkomen te worden.

### *3.3 Een aantal concrete adviezen bij opzet van de behandeling*

De hierboven beschreven factoren vereisen zoals gezegd creativiteit en betrokkenheid van de therapeut, naast de benodigde kennis en ervaring. Samenvattend worden een aantal zaken, deels in de voorgaande tekst aangestipt, nogmaals apart benoemd met een aantal concrete adviezen.

- Cliënten met ZB/LVB hebben meer tijd nodig om zich nieuwe informatie eigen te maken. Het tempo van de behandeling zal daarom lager moeten liggen en meer herhalingen bevatten. Over het algemeen zullen er dus ook meer zittingen nodig zijn dan protocollair staat voorgeschreven. Mogelijk zullen zittingen ook korter moeten zijn dan gemiddeld om een cliënt niet te overvragen.
- De mogelijkheden tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn veelal beperkter. De houding van de therapeut dient daarom actief en directief, sturend en grenzen stellend te zijn.
- Het betrekken van de omgeving is al meerdere keren benoemd als van groot belang, met name voor het bevorderen van transfer en generalisatie. Een behandeling als psychotherapie dient bij cliënten met ZB/LVB ingebed zijn in een bredere context waarbij aandacht is voor alledaagse belastende en stressvolle factoren (Vuyk, 2013).

- Psycho-educatie over het profiel en de problematiek van de cliënt, het doel en de werkwijze van de behandeling en de specifiek gevraagde inzet van de omgeving is van groot belang. Aanwezigheid van betrokkenen in specifieke sessies van de behandeling kan eveneens bevorderlijk zijn.
- Binnen de context kunnen praktische zaken een belangrijke rol spelen bij het kunnen volgen van een behandeling. De afhankelijkheid van anderen, mogelijke financiële en logistieke beperkingen en de bereidheid hierover met betrokken in onderhandeling te gaan spelen eveneens een rol. Een cliënt met weinig geld, afhankelijk voor vervoer van anderen en in een context waar therapie geen gemeengoed is zal mogelijk individueel zeer gemotiveerd zijn, maar niettemin forse obstakels kennen om therapie te volgen.

### *3.4 Cognitieve voorwaarden voor het volgen van CGT bij cliënten met ZB/LVB*

Binnen de doelgroep ZB/LVB is de prevalentie van psychische klachten die binnen de algemene populatie vaak met CGT wordt behandeld hoger dan gemiddeld (o.a. Wieland 2015). In 2006 is een volledige editie van het Britse Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities gewijd aan mogelijkheden van CGT bij cliënten met ZB/LVB (zie Willner, 2006, editorial). Naast artikelen over aanpassingen en inrichting van behandeling, gevalstudies, theoretische uiteenzettingen en discussie, werd veel aandacht besteed aan de voorwaarden voor het kunnen volgen van CGT door de doelgroep. De cognitieve, emotionele en sociale beperkingen impliceren dat het voor cliënten met ZB/LVB niet of onvoldoende mogelijk zou zijn om die cruciale relatie tussen denken, voelen en doen te zien. Onderzoekresultaten vinden met regelmaat een positieve samenhang tussen (receptieve) verbale vermogens en positieve effecten van CGT. Deze resultaten zijn echter niet consistent (Taylor, 2008). Verschillende onderzoeken hebben daarom als focus dit te verhelderen: beschikken cliënten met ZB/LVB over de cognitieve voorwaarden om een CGT behandeling te kunnen volgen?

De kernvraag is vervolgens over welke vaardigheden een cliënt precies dient te beschikken. Naast de in 3.2 besproken factoren wordt door diverse auteurs verwezen naar de door grondleggers van de CGT geformuleerde voorwaarden (Joyce e.a. 2006, Sams e.a. 2006, Taylor, 2008, Hebblethwaite, 2009):

- Het kennen en kunnen herkennen van emoties
- Het kennen onderscheid kunnen maken tussen verschillende emoties
- Het onderscheid kunnen maken tussen gedachten, gevoelens en gedrag
- Het kunnen begrijpen van de onderlinge invloed en samenhang van gedachten, gevoelens en gedrag.




Vaak wordt specifiek benoemd dat er sprake moet zijn van ‘kunnen denken over denken’ of het begrijpen van de mediërende invloed van gedachten bij emoties en gedrag. Onderzoek naar deze vaardigheden is veelal afgeleid van onderzoek gedaan bij kinderen (zoals Doherr, 2005). Hierbij wordt uitgegaan van de gedachte dat mensen met een verstandelijke beperking veelal functioneren op een kinderlijke ontwikkelingsleeftijd. In de literatuur wordt veel discussie gevoerd over de woorden ‘gevoel’ en ‘emotie’ en de overeenkomsten en verschillen hiertussen. Korrelboom en ten Broeke (2004) beschrijven na bestudering van diverse literatuur dat emoties altijd een bepaalde cognitieve component kennen. Waarbij dit niet perse ‘verbaliseerbare’ zaken aangaat. Het woord ‘gevoel’ wordt gebruikt voor basale gewaarwordingen die niet direct een cognitieve component kennen. Voorbeelden die zij noemen zijn koud, honger, verveeld of lui (Korrelboom en ten Broeke, 2004). In deze module wordt consequent uitgegaan van het concept ‘emotie’. Daar waar ‘gevoel’, of ‘voelen’ wordt gebruikt, is dit om taalgebruik richting de cliënt te vereenvoudigen.

Binnen de literatuur wordt de opbouw van de genoemde cognitieve voorwaarden als progressief gezien: per stap is het ingewikkelder en is de vaardigheid gelinkt aan een steeds hoger niveau van ontwikkeling. Diverse auteurs stellen echter dat het niet zo eenvoudig lineair ligt (o.a. Oathamshaw, 2006 & Haddock, Taylor et al., 2008). Binnen het onderzoek naar CGT bij kinderen en jeugdigen worden eveneens kritische vragen gesteld bij een dergelijk lineaire visie (o.a. Grave & Bisset, 2004, Doherr et al., 2005). Onderzoek naar de cognitieve voorwaarden bij cliënten met ZB/LVB wordt stevast ingebed in een breder perspectief: het zijn niet alleen de cognitieve vaardigheden en mogelijkheden van een cliënt die in overweging dienen worden genomen, doch ook al de onder 3.1 genoemde zaken als ‘readiness’ en context.

Voor het toetsen van cognitieve vaardigheden voor CGT bij cliënten met ZB/LVB zijn tot op heden geen specifieke instrumenten bekend. Het wetenschappelijk onderzoek in deze maakt gebruik van tests die veelal ontwikkeld zijn om intelligentie, specifieke verbale vaardigheden en/of emotioneel niveau in te schatten met als doel het toetsen van specifieke wetenschappelijk onderzoekshypothesen.

Naast standaard intelligentie- en taaltests worden pictogrammen voor het herkennen van emoties ingezet (o.a. Dagnan et al. 2000, Willner 2006). Korte scenario's van gebeurtenissen waarbij cliënten de diverse gedachten, gevoelens en het gedrag moeten identificeren (o.a. Joyce et al. 2006) worden gebruikt om onderscheid en samenhang tussen denken, voelen en doen te onderzoeken.



De verschillende onderzoeken tonen aan dat mensen met ZB/LVB meer dan gemiddeld moeite hebben met de cognitieve vaardigheden voor CGT, met name de mediërende rol van gedachten bij emoties en gedrag (o.a. Dagnan et al, 2000). Voorzichtige onderzoeksresultaten tonen echter aan dat training op dit gebied (Bruce et al. 2010) en aanpassing van de gebruikte interventies (Willner 2006) positieve effecten hebben op het kunnen volgen van en baat hebben bij CGT voor mensen met ZB/LVB.

De module 'Denken, Voelen en Doen' poogt een theoretische onderbouwde eerste stap te zetten om op vlotte en eenvoudig inzetbare wijze bij te dragen aan het welslagen van CGT behandeling bij cliënten met ZB/LVB. In het volgende hoofdstuk van deze handleiding wordt uitgebreid ingegaan de achtergrond, uitvoering en aandachtspunten van de verschillende vaardigheden en opdrachten in het werkboek.

## 4. Pre-treatment module voor cognitieve gedragstherapie bij cliënten met ZB/LVB

In dit deel van de handleiding wordt per hoofdstuk van het werkboek uitgewerkt wat de rationale is en hoe het hoofdstuk met de cliënt te behandelen. Vervolgens worden een aantal aanwijzingen geformuleerd hoe de uitkomsten in de vervolgbehandeling geïntegreerd kunnen worden. De module is ontwikkeld als assessment en licht 'trainende' voorbereiding op een CGT module. In de module wordt echter in meer algemene bewoordingen over 'behandeling van de klachten' gesproken. Op deze manier kan de module ingezet worden als assessment in engere zin: hoe denkt een cliënt over emoties? Kan hij of zij nieuwe vaardigheden leren als het gaat om onderscheid en onderlinge beïnvloeding van denken, voelen en doen? Los van een specifieke CGT module kan dergelijke informatie op andere momenten in de behandeling van belang zijn (zie ook 1.4). Zoals eerder genoemd zijn er geen gevalideerde instrumenten voorhanden om vast te stellen of een cliënt wel of niet een CGT behandeling zou kunnen volgen. De oefeningen in deze module zijn geïnspireerd op:

- Wetenschappelijke onderzoeksinstrumenten ontwikkeld voor kinderen
- Onderzoeksliteratuur waarin gebruik van deze instrumenten in het kader van wetenschappelijk onderzoek bij cliënten met ZB/LVB wordt beschreven
- Ervaringen van collega behandelaren in de praktijk van de GGZ voor cliënten met ZB/LVB
- Opzet en gebruik van specifieke CGT modules binnen Kristal

Er is dus geen cut-off score te geven na het doorlopen van het werkboek. Het geeft een gestructureerde en onderbouwde kans om de werkrelatie met een cliënt vorm te geven en kwalitatieve informatie te verzamelen over aandachtspunten in bejegening en mogelijkheden voor (CGT) vervolgbehandeling. De training van specifieke cognitieve vaardigheden is eveneens een onderdeel, doch niet op zichzelf een doel. Als blijkt dat de module ingewikkeld is voor een cliënt, dan wordt nadrukkelijk gesteld er nog steeds mogelijkheden zijn om, met aanpassingen, CGT modules en/of interventies in te zetten. Aandachtspunten kunnen genoteerd worden op het formulier dat als bijlage bij deze handleiding zit. Dit is vooral bedoeld om gedurende de behandeling steeds te checken in hoeverre en welke aanpassingen nodig zijn bij de inzet van CGT modules en/of interventies. Tevens kan verderop de behandeling gekeken of en waar vooruitgang is

geboekt als het gaat om (inzicht in) de relatie tussen denken, voelen en doen. Het is daarmee nadrukkelijk de bedoeling dat de therapeut die de pre-treatment module doorwerkt met de cliënt, ook de therapeut is die aansluitend de CGT module oppakt, dan wel sterk betrokken is bij andere onderdelen van de behandeling.

Buiten beperkt en nog onvoldoende conclusief onderzoek naar de cognitieve voorwaarden voor CGT is er geen onderzoek naar specifieke andere voorwaarden gedaan. Wel wordt door diverse auteurs aangehaald hoe in het verleden cliënten met ZB/LVB verstoken zijn geweest van passende behandeling (o.a. Hassiotis, 2015). Niet alleen vanwege onder-, dan wel overdiagnostiek doch ook vanwege een bepaald dedain dan wel ongemakkelijkheid vanuit de reguliere geestelijke gezondheidszorg (o.a. Willner, 2006, editorial). Met de aanpassing van bestaande modules voor cliënten met ZB/LVB binnen een breder behandelkader wordt gepoogd de toegang tot effectieve behandeling te bevorderen. Deze pre-treatment module poogt daar een onderdeel van te zijn en cliënten te helpen maximaal van een behandeling te kunnen profiteren.

### Algemene aandachtspunten bij de uitvoering

Behandeling is per definitie gericht op het bewerkstelligen van verandering teneinde klachten te doen afnemen. In de gehele module vanaf hoofdstuk 2 is het daarom belangrijk om vragen te stellen als ‘Zou het ook anders kunnen?’, ‘Dus iemand kan ook op een andere manier denken?’ en ‘Welke gedachte zou iemand meer helpen?’. Met name vanaf hoofdstuk 2 ontstaat de ruimte voor dergelijke vragen. Van belang is om de vraag of de cliënt zelf het anders zou kunnen doen nog even te bewaren voor hoofdstuk 5. De voorafgaande hoofdstukken zijn van belang om deze vraag voor te bereiden. In die zin is de module progressief opbouwend. Natuurlijk is het altijd mogelijk dat cliënt zelf de verbanden legt en met suggesties komt. Dan is het belangrijk dit meteen te noteren. Het geeft vervolgens bij hoofdstuk 5 de mogelijkheid hier op terug te komen en de vragen en ideeën van de cliënt te structureren.

Op meerdere plaatsen in deze handleiding wordt gesproken over de noodzaak aan te sluiten bij het taalgebruik van de cliënt. Er is bewust gekozen voor de algemene bewoordingen ‘denken’, ‘voelen’ en ‘doen’. Gekoppeld aan een ‘situatie’, met aansluitend formuleringen als ‘wat gebeurde er toen’. Binnen CGT wordt gewerkt met de G-schema's. Klinische ervaring leert dat woorden als ‘gebeurtenis’, ‘gedachten’, ‘gevoel’, ‘gedrag’ en soms ook ‘gevolg’ ietwat te abstract kunnen zijn voor cliënten binnen de doelgroep.

Uitproberen of deze begrippen passen bij de cliënt is natuurlijk altijd van belang. Mochten deze begrippen echter niet aansluiten, dan is dit een van de aanpassingen die een CGT behandeling alsnog effectief kunnen maken.

Deze pre-treatment module kent geen huiswerk. De oefeningen zijn zo opgezet dat ze in een sessie worden uitgevoerd. Afhankelijk van het niveau van de cliënt kunnen alle hoofdstukken in 3 tot 5 sessies worden afgerond. De reden dat er geen huiswerk wordt opgegeven is dat het vanuit de assessmentgedachte noodzakelijk is om de gedachtegang van de cliënt zoveel mogelijk van nabij te volgen en waar mogelijk uit te vragen. Dit om te kunnen vaststellen wat aandachtspunten zijn voor de te volgen behandeling aansluitend op de pre-treatment module. Per hoofdstuk wordt hier aandacht aan besteed.

## *Hoofdstuk 1: Emoties*

### Achtergrond

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de mate waarin de cliënt emoties kent en herkent. Tevens wordt gekeken naar de specifieke woorden die de cliënt voor diverse emoties gebruikt.

In wetenschappelijk onderzoek worden meerdere emoties gebruikt, zoals gespannen (Dagnan et al. 2000, Sams et al, 2006, Oathamshaw & Haddock, 2006), walging, frustratie, verbaasd, 'nadenkend', verveeld, geïnteresseerd en gekwetst (Joyce et al., 2006). In deze module wordt, aansluitend bij de praktijk en specifieke CGT modules, uitgegaan van de 4 B's: Bang, Boos, Blij en Bedroefd (Verdrietig). In het tweede deel van het hoofdstuk wordt ingegaan op variaties en combinaties van gevoelens.

### Uitvoering

De pagina met vier gezichten wordt aan de cliënt aangeboden en gevraagd wordt welke emoties worden getoond. De cliënt of therapeut kan de juiste emotie naast het plaatje schrijven. Soms is het voor een cliënt ingewikkeld om op een plaatje de emoties goed te herkennen. Het kan helpen als de therapeut dit voordoet, waarbij nadrukkelijk gesteld wordt dat het voordoen is en niet zoals op dat moment het gevoel is.

Wanneer ook dit moeilijk is kan gevraagd worden naar situaties in het leven van de cliënt waar een duidelijke emoties een rol speelt. Vervolgens kan gevraagd worden welk plaatje hier het beste bij past en zo de oefening worden ingevuld.

De vervolgstap is praten over variaties in emoties. Praten over situaties waarin emoties een rol spelen kunnen helpen om variaties te bespreken. Alledaagse woorden als ‘gespannen’, ‘kwaad’, ‘gelukkig’, ‘paniek’, ‘gefrustreerd’ zijn gebruikelijk, maar niet noodzakelijk. Soms heeft de cliënt al woorden genoemd op andere momenten en kan de therapeut hierop terugkomen. Wanneer de cliënt niet veel weet te noemen, gaat men door naar de volgende oefening. Terugkomen op deze tabel en aanvullen is altijd mogelijk wanneer nieuwe woorden door de cliënt worden genoemd.

In de lijst van woorden kan met de cliënt gekeken worden welke herkend worden. Deze zouden kunnen worden omcirkeld of aangekruist. Mogelijk herkent de cliënt woorden die in de vorige oefening alsnog kunnen worden toegevoegd aan de lijst.

### Aandachtspunten voor behandeling

In vervolgbehandeling is van belang om het woordgebruik van de cliënt te volgen. De module is niet bedoeld om cliënten de ‘correcte’ benaming te leren. Wel is van belang om het psycho-educatieve deel van de vier basisemoties uit te leggen: Bang, Boos, Blij en Bedroefd (Verdrietig). Ook is van belang uit te leggen dat vrijwel alle emoties terug te leiden zijn naar deze basisbegrippen, dan wel een combinatie daarvan. Wanneer er vragen zijn over de mate waarin en welke emoties de cliënt kent, is dit een aandachtspunt voor vervolgbehandeling. Afhankelijk van de indicatie kan in een specifieke vervolgmodule hier dieper op ingegaan worden.

## *Hoofdstuk 2: Denken en voelen*

### Achtergrond

In dit hoofdstuk wordt op verschillende manieren stilgestaan bij de relatie denken en voelen. Er wordt gekeken of en in hoeverre de cliënt deze samenhang ziet en begrijpt. In wetenschappelijke onderzoeken wordt dit vrijwel altijd visueel ondersteund met een (stok)poppetje en een gedachtenballon.

Binnen de verschillende onderzoeken worden wisselende resultaten gezien van de vaardigheden van cliënten met ZB/LVB op dit gebied. Er lijkt enig bewijs te zijn dat sterkere (receptieve) vaardigheden samenhangen met betere prestaties bij deze vaardigheid. Deze resultaten zijn echter onvoldoende consistent en nog moeilijk te verklaren (Taylor et al., 2008, Hebblethwaite, 2009). Taylor et al. (2008) stellen de vraag of gevonden verbanden iets zeggen over de complexiteit van de taak in het onderzoek. Training op dit gebied geeft eveneens wisselende resultaten. Niettemin blijkt het mogelijk de vaardigheid te trainen om onderscheid te kunnen maken tussen ‘feiten’ en ‘meningen’ (o.a. Bruce et al., 2010). Verschillende onderzoeken, o.a. bij kinderen, suggereren met

enige voorzichtigheid dat in het dagelijks leven praten over denken en voelen als normale bezigheid een belangrijke stimulerende factor bij deze vaardigheid is (o.a. Doherr 2005).

## Uitvoering

In de eerste oefening wordt gekeken of de cliënt het mediërende karakter van gedachten kent in situaties en bij gevoelens. Ofwel: gedachten bepalen mede wat voor gevoel er is. De therapeut laat de situatie niet alleen zien, maar bespreekt hem met de cliënt. Zoals in 3.1 beschreven, is het van belang eerst de cliënt te laten lezen (als deze dat kan) en dan neutraal te vertellen wat er staat. Wanneer dit onvoldoende is kan met een natuurlijke intonatie de zin worden voorgelezen.

In de tweede oefening wordt gekeken of de cliënt in staat is om te zien dat een situatie verschillende gedachten en daarmee verschillende gevoelens kan oproepen. Soms is het voor cliënten ingewikkeld om zich voor te stellen dat één persoon verschillende gedachten kan hebben. Dit ondanks de vorige oefening. Als dit inderdaad een struikelblok is, dan kan een andere naam worden gekozen. Opnieuw: de module is geen testonderzoek met score, maar een voorbereiding en assessment-tool.

In de eerste twee oefening wordt gevraagd naar wat iemand denkt in een situatie. In de derde oefening wordt gekeken in hoeverre de cliënt in staat is om, na een gebeurtenis, gevoelens toe te kennen aan de hand van een situatie en een mediërende gedachte. Belangrijk is dat er geen strikte antwoorden zijn, maar dat de cliënt iets kan vertellen over het *waarom* van dat gevoel. Opnieuw: is de cliënt in staat om, tot op zekere hoogte, attributies toe te kennen?

### Voorbeelden van antwoorden in de oefening zijn:

Situatie	Welk gevoel zou hier bij passen? En waarom?
Priscilla is ziek en heeft koorts. Ze denkt: nu kan ik niet gaan werken.	Verdrietig: ze werkt graag. Blij: ze houdt niet van werken. Bang: dat ze zieker wordt.
Het is de eerste keer dat Frans naar zijn nieuwe werk gaat. Hij denkt: zouden ze me aardig vinden?	Bang: hij is onzeker. Nieuwsgierig: hij weet niet wat hem te wachten staat

Eva heeft een afspraak bij de tandarts.  
Ze denkt: ojee, als ik maar geen gaatjes heb.

Bang: ze wil geen pijn. Bezorgd: ze heeft geen verzekering.

Jeroen wordt wakker van een geluid.  
Hij denkt: oh dat is de kat van de burens  
weer die de bloempot omgooit.

Neutraal: maakt hem niet uit.  
Geïrriteerd: het gebeurt te vaak, wéér een pot kapot!

Het is de eerste keer dat Maartje naar haar nieuwe werk gaat. zij denkt: ik kan niet wachten om iedereen te ontmoeten.

Blij: ze vindt nieuwe mensen ontmoeten leuk. Nerveus: ze wil het achter de rug hebben.


Dylan heeft geld gekregen voor zijn verjaardag. Hij denkt: ik ga naar de bioscoop met mijn vriend Marco.

Blij: hij heeft er zin in. Bezorgd: hij kan maar 1 vriend meenemen, zou de rest boos zijn?

Martijn wordt wakker van een geluid.  
Hij denkt: misschien is er een inbreker

Bang: hij is bang dat de inbreker hem iets doet. Boos: inbreken is fout, wegwezen!

De laatste oefening in dit hoofdstuk is gericht op het onderscheid kunnen maken tussen 'feit' en 'mening'. In alle CGT modules die kunnen volgen op de pre-treatment wordt hier uitgebreid aandacht aan besteed. Het onderscheid tussen feit en mening wordt daar direct gekoppeld aan de specifieke klachten waarvoor de module ontworpen is. In de module wordt alleen gekeken met relatief neutrale onderwerpen of het onderscheid door de cliënt te maken is. Zo wordt een indruk verkregen van de mogelijkheden dit te bewerken in een vervolgmodule.

Het is belangrijk de cliënt zoveel mogelijk zelf langs eigen redenering het antwoord te laten geven. Wanneer de cliënt het verkeerde antwoord geeft, stel dan extra vragen. Gebruik hierbij aanvullende info op een item. Als een cliënt 'Als je veel geld hebt dan ben je gelukkig' als feit bestempelt, dan kunnen vragen gesteld worden als 'En als iemand heel ziek is? Of zijn vrouw loopt bij hem weg omdat hij altijd werkt?'.  
  




Voorbeeld bij 'hulp vragen' kan zijn: 'Als je verwarming kapot is, is het dan zwak om een monteur te vragen het probleem te verhelpen?'. Er worden hier geen uitputtende voorbeelden gegeven, ervan uitgaande dat behandelaars hier zelf voldoende creatief mee om kunnen gaan.

	<b>Feit</b>	<b>Mening</b>
Fruit eten is gezond	X	
Mensen met rood haar zijn lelijk		x
De wereld bestaat voor het grootste deel uit water	x	
Van snoepen krijg je gaatjes in je tanden	x	
Als je veel geld hebt dan ben je gelukkig		x
Je kunt alles bereiken als je maar wilt		x
Tekort aan slaap zorgt ervoor dat je je minder goed kan concentreren	x	
Van in de regen lopen wordt je nat	x	
Als je hulp vraagt ben je zwak		x
Fietsen in het donker zonder licht is strafbaar	x	
Zonder partner ben je ongelukkig		x

Aan de politie heb je helemaal  
niks x

Van kanker kun je doodgaan x

Uit eten gaan is altijd heel  
gezellig x

### Aandachtspunten voor behandeling

In vervolgbehandeling is van belang om waar mogelijk het woordgebruik van de cliënt te volgen. De module is niet bedoeld om cliënten de 'correcte' benaming te leren.

Wanneer er vragen zijn over de mate waarin en welke emoties de cliënt kent, is dit een aandachtspunt voor verdere behandeling. Het is nadrukkelijk niet noodzakelijk dat de cliënt ook daadwerkelijk meerdere antwoorden geeft als dit gevraagd wordt. Het zou zelfs zo kunnen zijn dat de cliënt niets kan vertellen. Een vaak gehoord antwoord is: "Ik kan toch niet weten wat iemand denkt". Een aanpassing kan zijn om dan de situaties te vertalen naar het dagelijks leven van de cliënt. Bijvoorbeeld door de naam in de situatie te veranderen en/of te vragen naar vergelijkbare situaties in het dagelijks leven van de cliënt. Het kan ook zijn dat de cliënt aangeeft: "Dit is (nog) niet gebeurd, ik weet niet wat hij/zij/ik op dat moment zal denken". Dit kan belangrijke informatie zijn over het voorstellingsvermogen van de cliënt, zowel voor dingen die gebeurd zijn als dingen in de toekomst. Bedenk hierbij ook steeds opnieuw dat veel cliënten met ZB/LVB niet gewend zijn om te praten over emoties en wat ze denken. Moeite met dergelijke oefeningen kan daarom mede samenhangen met onbekendheid en nieuwigheid.

## Hoofdstuk 3: Denken voelen en doen

### Achtergrond

In dit hoofdstuk wordt het verband tussen denken, voelen en doen compleet gemaakt. Met de cliënt wordt gekeken naar gedrag dat volgt in een specifieke situatie. Lukt het om te zien dat denken en voelen sturend zijn op gedrag?

Het is belangrijk om de resultaten van de oefeningen van het vorige hoofdstuk in gedachten te houden. Wanneer de cliënt niet gewend is over denken en voelen te praten en/of problemen heeft in het voorstellingsvermogen, zijn alle volgende oefeningen een uitdaging. In wetenschappelijk onderzoek worden gestandaardiseerde scenario's (vignetten) gebruikt, waarbij extra aandacht wordt besteed aan de balans tussen negatieve en positieve gevoelens, het in random volgorde aanbieden aan proefpersonen en de fysieke omstandigheden waarin het onderzoek plaatsvindt (o.a. Sams et al., 2006, Joyce et al, 2006). Voor deze module zijn vergelijkbare scenario's geformuleerd. Dit was een uitdaging omdat eerder geen Nederlandstalige equivalenten van de Engelse onderzoeken bij cliënten met ZB/LVB zijn uitgevoerd. In het Nederlands is het bijvoorbeeld lastig om tegelijk eenvoudig taalgebruik te hanteren en het woord 'denken' te vermijden in een zin.

### Uitvoering

De eerste oefening is een vervolg op de 'Peter krijgt chocola' oefening. Onderzocht wordt of de cliënt in staat is om te zien dat er meerdere gedragsmogelijkheden zijn.

Aanvullingen bij het eerste scenario kunnen zijn:

- de chocola meteen opeten
- de chocola bewaren voor later
- de gever een knuffel geven

Aanvullingen bij het tweede scenario kunnen zijn:

- de chocola bewaren voor als iemand op bezoek komt
- zeggen dat hij allergisch is
- het cadeau teruggeven

Bij de tweede oefening in dit hoofdstuk is het van belang dat de cliënt het onderscheid kan maken tussen denken, voelen en doen als dit niet perse in die volgorde weergegeven wordt. Het gevoel is hier meer 'verborgen' in de tekst en daardoor kan het onderscheid maken lastiger zijn.

## Antwoorden bij de oefening:

	Gedachte	Gevoel	Gedrag
Annet gaat winkelen met haar vriendin			x
Ze is heel tevreden over het badschuim dat ze heeft gekocht		x	
Ze hoopt dat het thuis lekker veel schuimt als ze het in bad doet	x		

	Gedachte	Gevoel	Gedrag
Nico is bezorgd		x	
Hij heeft het idee dat hij zijn sleutels kwijt is	x		
Hij belt naar zijn werkgever en vraagt of ze daar zijn sleutels hebben gevonden			x

Bij de laatste oefening is het van belang dat de cliënt, los van een specifieke situatie, herkent wat een gedachte, gevoel of wat gedrag is. In de sessie kan gebruik gemaakt worden van specifieke aanwijzingen om de cliënt te helpen, Zoals:

Hoe weet je of je met een gevoel of gedachte te maken hebt?

- Als je het woordje 'voel' kunt vervangen door 'ben' gaat het vaak om een gevoel. Bijvoorbeeld 'ik voel me gelukkig' (= ik ben gelukkig).
- Als het woordje 'gevoel' gevolgd wordt door het woordje 'dat' of 'alsof' gaat het meestal om een gedachte. Bijvoorbeeld 'ik heb het gevoel dat je me oneerlijk behandelt' of 'dat voelt alsof het niet klopt'.
- Als je 'ik heb het gevoel dat' kunt vervangen door 'ik denk dat' en de zin nog steeds klopt, gaat het om een gedachte. Bijvoorbeeld 'ik heb het gevoel dat ze kwaad op me is' (= ik denk dat ze kwaad op me is).

## Antwoorden bij de oefening:

	Gedachte	Gevoel	Gedrag
Ik doe alles verkeerd	x		
Geïrriteerd		x	
Somber		x	
Niemand is aardig	x		
Met vrienden fietsen			x
Dit is echt gezellig	x		
Ik kan mensen aan het lachen maken	x		
Chagrijnig		x	
Alleen zijn			x
Echte vrienden bestaan niet	x		
Puzzelen			x
Vrolijk		x	
Niemand vindt mij aardig	x		
Gestrest		x	
Lachen			x
Ik doe het toch verkeerd	x		
Boodschappen halen			x
Plannen maken			x
Trots		x	
Sporten			x
Mensen belazeren je altijd	x		
Huilen			x
Wat een opschepper	x		

	Gedachte	Gevoel	Gedrag
Ontspannen		x	
Piekeren			x
Verliefd		x	
Ik ben de beste	x		

## Aandachtspunten voor behandeling

Voor veel cliënten is moeilijkste deel in dit hoofdstuk het consequent bewust blijven van het onderscheid tussen emoties, gedachten en gedrag, zoals ook uit onderzoek blijkt. Hulpmiddelen, met name visualisaties, kunnen echter helpen. In de literatuur wordt regelmatig verwezen naar gevalstudies waar CGT technieken in eerste instantie niet effectief lijken, zoals uitdagen van gedachten en formuleren van helpende gedachten. Transfer naar de eigen situatie blijkt moeilijk, generalisatie blijft achter. Wanneer echter schriftelijke hulpmiddelen met voorgestructureerde vragen en zinnen werden ingezet bleek de interventie alsnog effectief (o.a. Sams et al., 2006). Ook wordt veelvuldig verwezen naar het belang van betrokkenen rondom de cliënt die de technieken en hun doel kennen en zo de cliënt in het dagelijks leven kunnen ondersteunen bij het toepassen (o.a. Willner, 2006).

Belangrijkste aandachtspunt is daarom om in een vervolgbehandeling te bepalen welke hulpmiddelen de cliënt nodig heeft om effectief gedrag te kunnen veranderen met behulp van CGT. Welke zaken moeten geoefend worden met betrokkenen of begeleiding? Welke zaken moeten worden opgeschreven? Is een eenvoudig geheugensteuntje genoeg, of moeten (uitdaag-)vragen, helpende gedachten en/of details van oefeningen en experimenten volledig worden voorgestructureerd en uitgeschreven? In de diverse modules wordt hier ook apart aandacht aan besteed, bijvoorbeeld door het opstellen van een crisissignaleringsplan.

## *Hoofdstuk 4: Denken, voelen en doen bij jou*

### Achtergrond

In dit hoofdstuk wordt met de cliënt gekeken of eigen emoties (h)erkenbaar zijn en de cliënt de koppeling met het eigen denken en doen ziet. Hiervoor wordt eerst gekeken naar de manifestatie van emoties in het lichaam. Er wordt gekeken of de cliënt de link ziet tussen lichamelijke sensaties en emoties. Vervolgens wordt aan de hand van een specifieke situatie bij elk van de vier basisemoties gekeken wat de cliënt aan het eigen lichaam merkt en wat voor gedrag hij of zij daar meestal bij laat zien.

In het wetenschappelijk onderzoek is dit element niet meegenomen waar het gaat om de toetsing van cognitieve voorwaarden voor CGT bij cliënten met ZB/LVB. Klinische ervaring toont dat het (kunnen) herkennen van lichamelijke signalen van opbouw van emoties van belang is bij de mogelijkheid tot verandering. De oefening in dit hoofdstuk is gebaseerd op een oefening die ontleend is aan de modules Dialectische Gedragstherapie en Emotie Regulatie Training zoals binnen Kristal ontwikkeld.

## Uitvoering

Per basisemotie wordt gevraagd of een cliënt zich een situatie voor de geest kan halen waarin deze emotie werd ervaren. Een helpende vraag kan zijn 'Wanneer was de laatste keer dat je deze emotie voelde?'

De situatie wordt vervolgens genoteerd in delen: wat er gebeurde en wat de bijkomende gedachten waren. Vragen die gesteld kunnen worden om de situatie helder te krijgen zijn:

- Waar was je?
- Met wie was je?
- Wanneer gebeurde het?
- Hoe ging het precies?
- Wat deed je?

Het kan voor de cliënt (nog) ingewikkeld zijn om de gedachten te benoemen. Een vraag die daarbij kan helpen is vragen naar het waarom van de emoties in die situatie. Ook kan gevraagd worden 'Welke woorden gingen er door je hoofd?'. Hierbij is van belang te onthouden dat er zowel besepte mediërende gedachten genoemd kunnen worden als meer onderliggende (automatische) kerngedachten.

Belangrijk is dat de therapeut zich bewust is van de diverse lichamelijke sensaties die bij elk van de vier basisemoties kunnen voordoen. Wanneer een cliënt niet met antwoorden komt zijn er verschillende vragen die gesteld kunnen worden om te zien of dit de cliënt helpt om alsnog iets van lichamelijke sensaties te herkennen. Zoals

- Probeer goed terug te denken aan de situatie, zie je het voor je?
- Merk(te) je iets aan je lichaam?
- Voel(de) je iets aan je hoofd, armen, handen, buik, benen, hart, adem enz.?

Wanneer het de cliënt alsnog veel moeite kost, kunnen op algemene toon suggesties worden genoemd, verwijzend naar de eerste tekening in dit hoofdstuk. Zoals 'Sommige mensen hebben last van klamme handen, of natte oksels, of een stijve nek als ze zich zo voelen. Herken je dat?'

Ter ondersteuning een kort, met nadruk niet uitputtend, overzicht van verschillende lichamelijke verschijnselen die bij de diverse emoties kunnen optreden. Bedenk dat veel kenmerken bij meerdere of zelfs alle emoties kunnen optreden.

Denk onder andere aan:

- Zweeten: oksels, klamme handen, nat voorhoofd, vocht op de bovenlip, natte kleding, gevoel van koud zweet en/of heel warm voelen

- Verhoogde hartslag: bonkend in de borst, in de keel, pulserend in het hoofd
- Verkramping, verstijving of vastzitten van spieren: schouders (ophalen bijv.), nek, gebalde vuisten, armen stijf, niet kunnen bewegen.
- Trillen: handen, benen, gezicht en mond
- Ongecontroleerde bewegingen
- Droge mond
- Duizelig, gevoel te vallen of zelfs flauw te vallen
- Wiebelbenen
- Prikkelen van handen/vingers en voeten/tenen
- Prikkelend gevoel op de hoofdhuid
- Slecht zicht
- Vlinders in de buik
- Misselijk
- Kramp in de maag

### Aandachtspunten voor behandeling

Het goed in kaart brengen van de lichamelijke verschijnselen is van belang om in de vervolgbehandeling te kunnen zien of een cliënt de opbouw van emoties bij zichzelf kan (leren) volgen. Wanneer in dit hoofdstuk blijkt dat de cliënt nauwelijks of geen contact met emoties kan leggen of ze onvoldoende ervaart om als aangrijpingspunt in de behandeling te dienen kan langer stil worden gestaan bij dit onderwerp. Helpend kan zijn om betrokkenen bij wie de cliënt zich veilig voelt te vragen wat zij zien bij hevige emoties. Wat doet een cliënt dan? Hoe praat hij of zij? Wat is er te zien aan zijn of haar lichaam(staal)? Op die manier kan alsnog een beeld worden gecreëerd van de signalen en het gedrag bij emoties. Ook is het mogelijk om middels een nonverbale therapie als Psycho Motore Therapie (PMT) meer inzicht te krijgen in (herkennen van) emoties bij cliënt. Zowel voor de cliënt zelf als voor omgeving en behandelaren.



## *Hoofdstuk 5: Klaar voor behandeling*

### Achtergrond

In dit hoofdstuk worden de link gelegd tussen de vaardigheden in deze module en de klachten waarvoor een hulpvraag is gesteld en mogelijk al een behandeling geïndiceerd. Wat is het begrip en inzicht rondom gedachten, emoties en gedrag van de cliënt? Wat zijn de mogelijkheden voor inzet van CGT? Welke aanpassingen verwacht de therapeut te moeten maken?

Vanuit dat perspectief wordt breder gekeken naar de 'readiness' van de cliënt om (verdere) behandeling aan te gaan. Weet de cliënt welke klachten hij of zij aan wil werken? Kan een concreet doel worden geformuleerd wat de cliënt veranderd wil zien? Waar liggen de aangrijpingspunten voor behandeling? Heeft de cliënt het idee dat hij of zij zelf iets kan veranderen?

Tevens kan, tot op zekere hoogte, getoetst worden of de cliënt begrepen heeft dat actieve inzet nodig is om met een behandeling resultaat te halen. Als laatste biedt het hoofdstuk de gelegenheid om de module op een persoonlijke manier af te ronden en tot een geheel te maken.

Voor verdere informatie over doelen, interventies en protocollaire behandeling wordt verwezen naar de individuele modules CGT voor mensen met ZB/LVB.

### Uitvoering

Het hoofdstuk begint met een psycho-educatieve samenvatting van wat in het werkboek behandeld is. Opnieuw wordt gesproken over de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Met voorbeelden bij de vier basisemoties wordt gekeken naar waar klachten zich kunnen manifesteren. Aan de cliënt wordt de vraag gesteld wat hij of zij graag veranderd zou zien in denken, voelen en/of doen. Dit geeft aangrijpingspunten voor te stellen doelen in een vervolgbehandeling.

### Aandachtspunten voor behandeling

Belangrijkste punt van aandacht is de link leggen met de vervolgbehandeling. Wees duidelijk en concreet in de volgende stappen. Leg uit waarom de informatie uit het werkboek belangrijk is. Leg ook uit dat in vervolgbehandeling sommige dingen herhaald zullen worden en dat dit de bedoeling is. In lijn met het voorbeeld over de zwemdiploma in het werkboek: ook dan worden dingen herhaald en moet je steeds hetzelfde oefenen om te zorgen dat het lukt op het moment dat je het nodig hebt.



Zorg voor een samenvatting van de resultaten van het werkboek die gebruikt kan worden bij het vervolg. Benadruk dat de cliënt met dit werkboek een belangrijke stap heeft gezet. Adviseer de cliënt het werkboek te bewaren en bespreek hoe dit het beste gerealiseerd kan worden.

# Literatuur

Beck, J. (1995) Basisboek cognitieve therapie. Baarn: HB uitgevers, 2<sup>de</sup> druk 2008

De Beer, Y. (2011) De Kleine Gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking. Deventer: Kluwer.

Buntinx, W. & Twint, B. (red.) (2014) Verstandelijke beperking: definitie en context. Duivenndrecht: SWP.

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

Broeke, E. ten, Korrelboom, K. en Verbraak, M. Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocolaire behandelingen op maat. 2012 Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Bruce, M., Collins, S., Langdon, P., Powlitch, S. Reynolds, S. (2010). Does training improve understanding of core concepts in cognitive behavior therapy by people with intellectual disabilities? A randomized experiment. *British Journal of Clinical Psychology*. 49, 1–13.

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., Beck, A.T. (2006) The empirical status of cognitiev-behavrioal therapy: A review of meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. Vol. (26) 2006 17–31

Dagnan, D., Chadwick, P., Proudlove, J. (2000) Toward an Assessment of Suitability of People with Mental Retardation for Cognitive Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 24, No. 6, pp. 627–636

Didden, R., Collin, P.& Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In W. Vandereycken, K. Hoogduin & P. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, deel 1. Basisbegrippen* (4<sup>de</sup> dr.,pp.613–637). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 35 Handleiding bij het Werkboek 'Denken, voelen en doen'

Doherr, L., Reynolds, S., Wetherly, J., Evans, Elin H. (2005) Young Children's Ability to Engage in Cognitive Therapy Tasks: Associations With Age and Educational Experience. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 201–2015

Došen, A. (2014) *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking. Een integratieve benadering bij kinderen en Volwassenen*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Grave, J. & Blisset, J. (2004) Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 24, 399–420

Hassiotis, A. c.s. (2012) *A Manual of Cognitive Behaviour Therapy for People with Mild Learning Disabilities and Common Mental Disorders*. London: Camden & Islington NHS Foundation Trust and University College London.

Hebblethwaite, A. (2009) Talking about real life events: an investigation of the ability of people with intellectual disabilities to make links between their beliefs and emotions within dialogue. Glasgow University, D Clin Psy thesis <http://theses.gla.ac.uk/1225/>

Joyce, Th., Globe, A., Moody, C (2006) Assessment of the Component Skills for Cognitive Therapy in Adults with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 17–23

Korrelboom, K. en Broeke, E. ten (2014) *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

McCarthy, Kevin S., (2009) *Specific, Common, and Unintended Factors in Psychotherapy: Descriptive and Correlational Approaches to What Creates Change*. Publicly accessible Penn Dissertations. Paper 62.

Oathamshaw, S, & Haddock, G. (2006) Do People with Intellectual Dissabilities have the Cognitive Skills Required to Undertake Cognitive Behavioural Therapy? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2006, 19, 35–46

Piaget, Jean (1953). *The origins of intelligence in the child*. Routledge & Paul.



Reed, J. & Clements, J. (1989) Assessing the understanding of emotional states in a population of adolescents and young adults with mental handicaps. *Journal of Mental Deficiency Research* 33, 229–333

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.

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

Tolin, D.F. (2010) Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta–analytical review. *Clinical Psychology Review* Vol 30 (2010) 710–720

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

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


Wieland, J. (2015). Psychopathology in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary mental health care. Proefschrift. Leiden.

Willner, P. (2006). Editorial. CBT for people with Intellectual Dissabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 1–3.

Willner, P. (2006), Readiness for Cognitive Therapy in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 2–16.

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





Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., Ras, M. (2014) *Zorg Beter Begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

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

*Zorgprogramma Psychiatrie en verstandelijke beperking (2014)* Kristal Centrum Psychiatrie en Verstandelijke beperking, GGZ Rivierduinen.

# Bijlage

## Bijlage 1: Aantekenformulier voor de therapeut

Naam cliënt:

Aandachtspunten bij (her)kennen van de vier basisemoties (eigen bewoordingen cliënt, wel/niet herkennen lichamelijke signalen enz.):

Aandachtspunten bij het verband tussen gedachten en emoties. Weet de cliënt dit verband te leggen? Zijn er aanwijzingen voor specifieke negatieve kerncognities?

Aandachtspunten voor de behandelmodule. Wat zijn volgens de cliënt de werkpunten/doelen voor de therapie? Welke aanpassingen zijn noodzakelijk?