



Paniek overwinnen

CGT behandelmodule om paniek te overwinnen

Colofon

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

Auteur: Drs. E.S. Rizzi

Ontwerp omslag en illustraties: MMMZ, Mischka Zeldenrust

Uitgave: GGZ Rivierduinen Kristal, Leiden

Copyright © 2017 E.S. Rizzi (tekst), Mischka Zeldenrust (illustraties)



Inhoud

Voorwoord

1. Introductie

- 1.1 Paniekstoornis met en zonder agorafobie, algemeen
- 1.2 Paniekstoornis met en zonder agorafobie bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking
- 1.3 Evidence based behandelingen bij mensen zonder verstandelijke beperking

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 met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking en een paniekstoornis met en zonder agorafobie
- 2.4 Richtlijnen voor effectieve interventies bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking

3. Systeem en netwerk

- 3.1 Sociale context
- 3.2 Inzet van het systeem

4. Doel en plaatsbepaling

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

5. Achtergronden van de CGT-behandelmodule “Paniek overwinnen”

6. Toelichting per hoofdstuk

Literatuur

Bijlagen

Voorwoord

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

In de afgelopen jaren is een toename aan studies naar de effectiviteit van verschillende behandelvormen 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 licht verstandelijke beperking.

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

Het CGT-protocol wat voor u ligt, is nog niet onderzocht op zijn effectiviteit. Onze wens zou zijn dat er in de (nabije) toekomst onderzoek opgezet gaat worden naar de effectiviteit van dit protocol bij mensen met een 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/LVB genoemd.

1.1 Paniekstoornis met en zonder agorafobie, algemeen

Een paniekstoornis wordt gekenmerkt door herhaaldelijk optreden van onverwachte paniekaanvallen. Een paniekaanval is een korte periode van hevige angst die binnen tien minuten tot een hoogtepunt komt. Dit gaat gepaard met een verscheidenheid aan symptomen zoals hartkloppingen, duizeligheid, transpireren of een gevoel van ademnood. Deze aanvallen worden door de cliënt als catastrofaal beleefd. De cliënt vreest bijvoorbeeld dat hij een hartaanval krijgt. Een paniekstoornis gaat vaak gepaard met vermijding. Als er sprake is van vermijding van plaatsen dan wordt er gesproken van agorafobie. Ook meer subtiel vermijdingsgedrag, het zogenaamde veiligheidsgedrag, komt veelal voor bij een paniekstoornis. Hoewel er volgens de DSM IV (APA, 1994), een paniekstoornis zonder agorafobie gesteld kan worden, zien we dit in de praktijk zelden. Er is bijna altijd wel een vorm van vermijding aanwezig als gevolg van anticipatieangst. In de DSM 5 wordt een paniekstoornis en agorafobie gescheiden.

De life-time prevalentie van de paniekstoornis bij mensen zonder verstandelijke beperking ligt tussen de 1.5 procent en 3.5 procent (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2011).

1.2 Paniekstoornis met en zonder agorafobie bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking

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

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

In de klinische praktijk worden paniekstoornissen bij mensen met ZB/LVB gevonden. Dikwijls wordt de diagnose echter over het hoofd gezien, aangezien mensen met ZB/LVB een beperkt introspectief vermogen hebben en vervolgens moeite hebben dit te verwoorden. In de literatuur kan weinig gevonden worden over ZB/LVB en een paniekstoornis specifiek.

Het is van belang om goede multidisciplinaire diagnostiek te verrichten naar de aard van de angststoornis. Pruijssers, van Meijel, Maaskant, Nijssen en van Achterberg (2014) hebben in hun onderzoek laten zien dat er een relatie te vinden is tussen gedragsproblemen en angsten bij ZB/LVB. Deze relatie is echter complex en niet causaal. Om deze reden pleiten zij dan ook voor multidisciplinaire meerdimensionale diagnostiek en hebben een richtlijn opgesteld voor de diagnostiek naar angststoornissen bij mensen met ZB/LVB.

Van de hand van Fletcher, Loschen, Stavarakaki en First is in 2007 een aanpassing verschenen van de DSM-IV-TR aan mensen met een verstandelijke beperking, de Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID). Bij de toepassing van DSM-IV-TR criteria van angststoornissen op mensen met een verstandelijke beperking plaatst de DM-ID de volgende algemene kanttekeningen: Houd er rekening mee dat angststoornissen een verscheidenheid aan uitingsvormen kunnen hebben. Er is een gelijkenis tussen de uitingsvormen bij kinderen en bij mensen met een

verstandelijke beperking van hetzelfde ontwikkelingsniveau. Door de verscheidenheid aan uitingsvormen voldoen angststoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking niet altijd aan de criteria zoals beschreven in de DSM-IV-TR. Dit geldt met name voor mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking.

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

1.3 Evidence based behandelingen bij mensen zonder verstandelijke beperking

De effecten van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij een paniekstoornis met en zonder agorafobie zijn uitgebreid onderzocht. Evidence based cognitieve gedragstherapeutische behandelingen zijn exposure in vivo en het zogenaamde paniekmanagement, met elementen van (interoceptieve) exposure, cognitieve herstructurering en relaxatie/ademhalingstechnieken. Van de cliënten met een paniekstoornis zonder verstandelijke beperking heeft 60 tot 80 procent baat bij een behandeling bestaande uit exposure in vivo of paniekmanagement (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2011). Ook op de lange termijn blijven bij beide behandelingen de effecten behouden. Wanneer cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie worden gecombineerd zijn er aanwijzingen dat op korte termijn de resultaten van de behandeling beter zijn in vergelijking met een monotherapie, CGT of farmacotherapie alleen (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2011).

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 met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking

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

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt ingezet bij mensen met ZB/LVB om inzicht te krijgen in zichzelf, in eigen meningen, overtuigingen en emoties, en om controle te krijgen over emoties en gedrag (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 doorgaans worden gebruikt zijn onder andere psycho-educatie, cognitieve herstructurering en het leren ontdekken van verbanden tussen cognities, emoties en gedrag (De Koning & Collin, 2007). Voorwaarden voor het toepassen van CGT bij mensen met ZB/LVB zijn vereenvoudigd taalgebruik, het werken met kleine stappen en waarborgen dat generalisatie naar de thuissituatie kan plaatsvinden (Didden, Collin & Curfs, 2008). In 2008 komen Taylor, Lindsay en Willner tot de conclusie dat er een toename aan therapeuten is die CGT-behandelingen, aangepast, aanbieden aan mensen met een verstandelijke beperking. Zij menen dat mensen met ZB/LVB wel degelijk over de vaardigheden beschikken die nodig zijn voor het profiteren van een CGT-


behandeling: emoties kunnen benoemen, het herkennen van emoties. Het begrip van de mediërende rol van gedachten lijkt echter in mindere mate aanwezig te zijn.

Whitehouse, 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, het in kunnen spelen op de behoeftes van de cliënt.

2.3 Effectiviteit van CGT bij mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking en een paniekstoornis met en zonder agorafobie

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 interventies gericht op intensieve samenwerking met de ouders/omgeving het meest effectief zijn (Zoon, 2012). Uit een meta-analysestudie van Vereenoghe en Langdon (2013) komt naar voren dat CGT als behandelmethode bij mensen met ZB/LVB redelijk effectief is in de behandeling van agressieproblematiek en depressie. Tevens komt uit deze meta-analyse naar voren dat individuele therapie effectiever is dan groepsbehandelingen. Gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij specifiek een paniekstoornis met en zonder agorafobie heeft nog niet plaatsgevonden, slechts een marginaal aantal case studies (DesNoyers Hurley, 2007; Malloy, Zealberg & Paolone, 1998) hebben plaatsgevonden. Wel toont Hassiotis et al. in 2011 middels een RCT (N=30) aan dat CGT effectief is voor mensen met ZB/LVB en een depressieve en/of angststoornis.

Nog weinig is bekend over de specifieke factoren die de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij mensen met ZB/LVB in positieve zin beïnvloeden. De werkzaamheid wordt bepaald door diverse factoren, zoals expressieve en receptieve taalvaardigheden, herkennen en benoemen van emoties, het in volgorde



kunnen plaatsen van emoties en onderscheid kunnen maken tussen gebeurtenissen, cognities en emoties. Uiteraard spelen factoren als motivatie, zelfinzicht en beleving van de eigen competentie hier eveneens een rol in. Er zijn sterke aanwijzingen dat de “doe-elementen” (rollenspel, oefeningen, gedragsexperimenten, ontspanningstechnieken) bij een cognitieve gedragtherapie meer bijdragen aan de effectiviteit van de therapie dan de “denk-elementen” (Willner, 2005). Tevens benadrukt Willner (2005) dat er voldoende tijd besteed dient te worden aan het motiveren van de cliënt, opdat de kans van slagen van de behandeling vergroot wordt.

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

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

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

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 ZB/LVB een groot beroep wordt gedaan op het systeem (familie, opvoeders, begeleiders). Dit wordt in eerste instantie gedaan door het geven van psycho-educatie en door het systeem te betrekken bij de behandeling.

3.1 Sociale context

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

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

3.2 Inzet van het systeem

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

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

Psycho-educatie

Aan het systeem dient uitgebreide informatie gegeven te worden betreffende de psychiatrische stoornis van de cliënt. Ook dient er informatie gegeven te worden over het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Deze informatie heeft zowel betrekking op het cognitieve als op het sociaal-emotionele niveau van de cliënt. Tot slot dient er aandacht te zijn voor in stand houdende factoren. Hierbij kan het steunsysteem eveneens, onbedoeld, een in stand houdende factor zijn.

Generaliseren

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

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

4 Doel en plaatsbepaling van de behandeling

4.1 Doel

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

4.2 Doelgroep

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

4.3 Plaats van de CGT-behandelmodule in het zorgprogramma

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

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

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

farmacotherapie toe te voegen, wat afhankelijk is van met welke behandelmodule is gestart.

4.4 Profiel van de behandelaar

De CGT-behandelmodule kan gegeven worden door:

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

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

5 Achtergronden van de CGT-behandelmodule “Paniek overwinnen”

Deze behandelmodule is gebaseerd op de protocollaire CGT-behandelmodule van Kampman et al. (2011), die binnen de reguliere GGZ wordt gehanteerd. Deze CGT-behandeling grijpt in op de verschillende aspecten van de stoornis. De behandeling is gebaseerd op het model van de paniekstoornis dat ervan uitgaat dat zowel interne als bepaalde externe stimuli angst opwekken. De lichamelijke sensaties horende bij deze angst, worden als catastrofaal geïnterpreteerd. De cliënt raakt in paniek en probeert de betreffende sensatie te stoppen door de situatie te ontvluchten. Dit leidt op de korte termijn tot angstreductie, echter tegelijkertijd leidt het tot bekrachtiging en persisteren van het patroon. Bij dit patroon wordt niet alleen gevluht uit situaties die angst oproepen, maar worden deze situaties vervolgens vermeden.

Deze behandelmodule is gericht op de volgende aspecten:

- Psycho-educatie aan cliënt en diens systeem
- (Interoceptieve) Exposure
- Cognitieve herstructurering (o.a. gedachten uitdagen)
- Terugvalplan

6 Toelichting per hoofdstuk

Daar waar hij staat, kan zowel zij gelezen worden.

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

Benodigdheden

- Vragenlijsten: SQ48 (bijlage 1), ACQ (bijlage 2), BSQ (bijlage 3), MI (bijlage 4) en cliëntthermometer (bijlage 5)
- Losse gekleurde kaartjes

Uitleg van de behandeling

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

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

Bespreek aan de hand van de vragenlijsten de diagnose paniekstoornis en de daarbij behorende symptomen. Maak een duidelijk onderscheid tussen heftige angst die cliënten kunnen hebben en een paniekstoornis volgens de DSM V-classificatie.

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

- Informatie over paniek
- Het leren verdragen van lichamelijks gevoelens
- Het leren veranderen van angstige gedachten
- Oefenen met angstige situaties

Leg uit dat dit een Doe-behandeling is. Naast de sessies op kantoor zal er veel geoefend moeten worden thuis en zal er huiswerk meegegeven worden in elke sessie. 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.

Tot slot is het van belang om de cliënt duidelijk te maken dat de behandeling geen garantie geeft voor het niet meer optreden van paniekaanvallen. Het doel van de behandeling is om paniekaanvallen en emoties te leren verdragen, zodat de cliënt er minder last van heeft in het dagelijks leven.

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 zijn de paniekaanvallen weg of bijna weg. Wat is er dan morgen veranderd? En wat nog meer? En wat doe jij dan anders?’

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

Overige vragen om het doel concreet te maken

‘Wat is je doel?’

‘Wat is een goed resultaat voor jou?’

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

Hoofdstuk 2: Uitleg en registreren van paniekaanvallen

Benodigdheden

- Registratieformulieren voor paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften

Informatie over angst en paniekaanvallen

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen heftige angst en paniekaanvallen.

Als aanvulling op de tekst in het werkboek zou de therapeut de volgende informatie kunnen geven.

Angst en paniek zijn lichamelijke reacties op een situatie die spannend of gevaarlijk is. Denk maar eens aan een spannende situatie: het doen van een test of als je bijna wordt aangereden door een auto. Bij dit soort situaties horen lichamelijke gevoelens: je hart gaat sneller kloppen, je krijgt het warm, je staat te trillen op je benen. Herken je dit?

Dit is een schrikreactie. Deze reactie van je lijf is goed. Het waarschuwt namelijk voor gevaar. Het zorgt ervoor dat je in actie komt. Om deze reden ga je zweten, voel je je hart sneller kloppen. Het betekent niet dat je een hartaanval krijgt of dat je gek wordt. Flauwvallen kan eigenlijk niet. Bij flauwvallen moet je bloeddruk namelijk dalen. Bij een schrikreactie en bij paniekaanvallen stijgt de bloeddruk juist.

De paniekaanvallen kun je zien als een alarmreactie. Een alarm gaat af als er gevaar is. Bij jou is het alarm te scherp ingesteld, hij gaat te snel af, ook als er geen gevaar is.

De eerste keer ben je waarschijnlijk zo geschrokken van een angstaanval dat je daarna bang bent gebleven om er nog één te krijgen. Je bent bewust of onbewust meer gaan letten op je lichaam en of er niet weer een paniekaanval komt. Op elk signaal van je lichaam dat lijkt op een paniekaanval reageer je nu met een angst. Het alarm gaat dan af voor niets.

Introduceer hier de vicieuze cirkel van de paniekstoornis

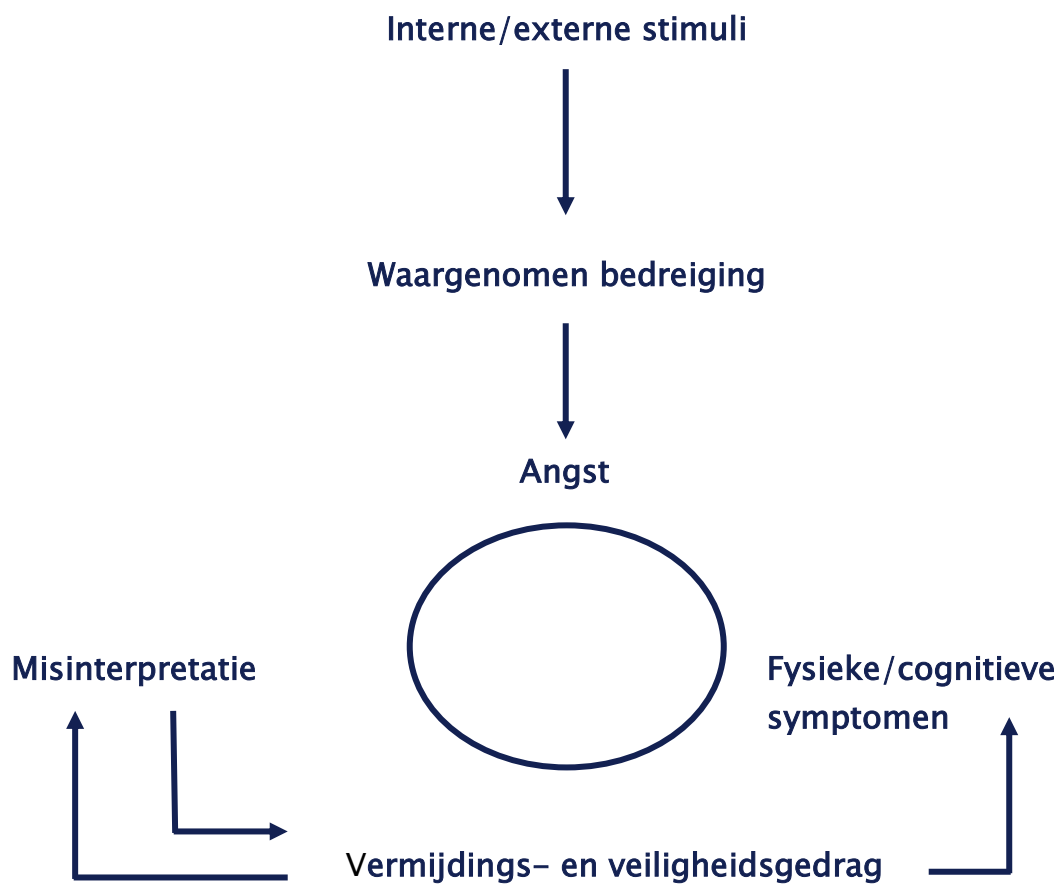
Een paniekaanval bestaat uit 3 onderdelen:

- Tijdens een paniekaanval voel je iets in je lichaam
- Je krijgt alarmgedachten
- Je doet iets

Het kan zelfs zo zijn dat mensen zo bang zijn geworden om een paniekaanval te krijgen dat ze niet meer naar buiten durven.

In de therapie gaan we deze cirkel doorbreken. We gaan samen aan de slag met alle 3 de onderdelen van een paniekaanval.

Vicieuze cirkel/cognitieve model



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

Registratieformulier voor paniekaanvallen

Besteed voldoende tijd om het registratieformulier voor paniekaanvallen uit te leggen. Aan de hand van een recente paniekaanval kan uitgelegd worden hoe het registratieformulier moet worden ingevuld. Benadruk dat het belangrijk is dat de cliënt direct registreert na een paniekaanval. Dit betekent dat de cliënt gedurende de behandeling altijd een registratieformulier op zak heeft. Bespreek tot slot wat de cliënt kan doen als het niet lukt om alleen het registratieformulier in te vullen; wie kan hij om hulp vragen?

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

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

Hoofdstuk 3: Lichamelijke gevoelens verdragen (1)

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- Stopwatch
- Formulier voor Lichamelijke gevoelens verdragen (zie bijlage 8)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

Laat de cliënt in eigen woorden vertellen wat een paniekaanval is. Help de cliënt door middel van vragen zoals:

- Vertel eens in eigen woorden hoe een paniekaanval er bij jou uit ziet?
- En wat gebeurt er dan?
- Hoe lang duurt een paniekaanval?
- Uit welke onderdelen bestaat een paniekaanval?

Bespreek uitvoerig de registraties van de paniekaanvallen. Introduceer eveneens de paniekgrafiek. Vertel hierbij dat wekelijks de grafiek wordt ingevuld. Op deze manier heeft de cliënt goed zicht op het verloop van de paniekaanvallen. Indien de cliënt aangeeft geen last te hebben gehad van een paniekaanval, dien je als therapeut alert te zijn op mogelijke vermijding.

Informatie over interoceptieve exposure

Vertel de cliënt dat in deze sessie en de volgende sessies het verdragen van lichamelijke gevoelens op het programma staat. De cliënt gaat lichamelijke gevoelens die ook voorkomen bij een paniekaanval leren verdragen. Tevens gaat de cliënt leren dat lichamelijke gevoelens niet betekenen dat er iets naars gaat gebeuren.

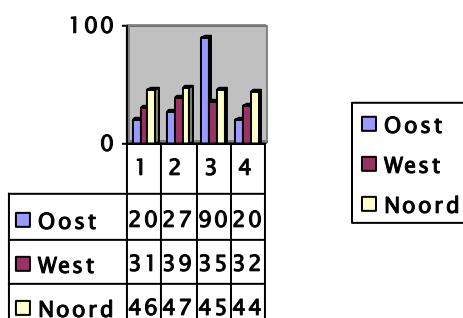
Craske en Barlow (2008) hebben een aantal standaard interoceptieve exposureoefeningen beschreven. Deze worden gevolgd in deze behandelmodule. Wanneer een onderdeel gedurende een week geen angst meer oproept, kan hiermee gestopt worden.

Leg aan de cliënt uit dat elke keer als hij iets voelt in zijn lichaam, hij daarvan kan schrikken. Wees er als therapeut van bewust dat de cliënt erg gericht is op zijn lichaam en wat hij voelt. In deze sessie wordt een start gemaakt om lichamelijke gevoelens te leren verdragen. De cliënt roept in essentie ongevaarlijke lichamelijke sensaties op die bij hem angst kunnen oproepen en die lijken op de lichamelijke sensaties die ook optreden bij een paniekaanval. De cliënt leert vervolgens dat er geen catastrofe plaatsvindt en dat zijn angstige gedachten dus niet uit komen. Het is van belang om elke oefening eerst kort te demonstreren. Vervolgens dient de therapeut de oefeningen mee te doen. Laat de cliënt na iedere oefening registreren welke gevoelens een rol speelde, wat de intensiteit van deze gevoelens was en of er gelijkenis was met een daadwerkelijke paniekaanval.

Vraag bij elke oefening die erg lijkt op een paniekaanval, wat de cliënt bij een echte paniekaanval verwacht bij het ervaren van deze gevoelens. Bijvoorbeeld een cliënt kan aangeven bij het oproepen van een snelle hartslag (rennen op de plaats) dat hij bij een echte paniekaanval met deze gevoelens een hartaanval verwacht. Bespreek na de oefening of de verwachting is uitgekomen.

Pauzeer zo nodig na een oefening. Er worden 2 sessies besteed aan het uitvoeren van alle oefeningen.

Ziet de cliënt op tegen een bepaalde oefening, ga dan niet mee in de vermijding. Het is dan juist verstandig om de oefening in de sessie uit te voeren en niet uit te stellen.



Oefeningen interoceptieve exposure

Oefening 1: Hyperventileren

Doe de oefening kort voor. Leg uit dat het de bedoeling is om gedurende 90 seconden, staand, snel en oppervlakkig adem te gaan halen (hyperventilatie). Vertelt de cliënt duidelijk dat het om een oefening gaat. Laat de cliënt beginnen en doe zelf ook mee. Geef als therapeut het tempo aan.

Vraag de cliënt na afloop wat hij voelde. Laat hem het formulier voor het verdragen van lichamelijke gevoelens invullen.

Observeer of het de cliënt lukt om redelijk snel de ademhaling weer onder controle te krijgen. Vraag naar de angst die de lichamelijke sensaties oproepen.

Contra-indicaties voor deze oefening zijn: chronische obstructieve longziekte, ernstige astma, hartaandoeningen, epilepsie, nierziekte en zwangerschap (Taylor, 2000)

Oefening 2: hoofd schudden

Doe de oefening voor: schud het hoofd van links naar rechts (nee schudden, maar niet zo dat de nek wordt geforceerd). Laat de cliënt dit in een redelijk vlot tempo 30 seconden doen en doe ook mee als therapeut. Vraag de cliënt na afloop het formulier voor verdragen van lichamelijke gevoelens in te vullen.

Contra-indicaties voor deze oefening zijn: cervicale pijn of ziekte (nek- en halsklachten, bijv. whiplash) en een geschiedenis van vallen ten gevolge van een evenwichtsstoornis (Taylor, 2000).

Oefening 3: hoofd tussen knieën

Doe de oefening voor: houd het hoofd tussen de knieën gedurende 30 seconden en kom dan heel snel overeind. Vraag de cliënt dit te doen en na afloop het formulier voor verdragen van lichamelijke gevoelens in te vullen.

Contra-indicaties voor deze oefening zijn: houdingshypotensie (bloeddruk daling bij te snel opstaan uit zittende of liggende stand), lage rugpijn en een geschiedenis van vallen ten gevolge van een evenwichtsstoornis (Taylor, 2000).

Oefening 4: rennen op de plaats

Doe de oefening voor: ren 90 seconden op de plaats. Vraag de cliënt dit ook te doen en doe mee als therapeut. Na afloop dient de cliënt het formulier voor verdragen van lichamelijke gevoelens in te vullen.

Contra-indicaties voor deze oefening zijn: hartaandoeningen, ernstige astma, lage rugpijn en zwangerschap (Taylor, 2000).

Oefening 5: adem inhouden

Doe de oefening voor: hou de adem 30 seconden of langer in. Vraag de cliënt hierna om dit ook te doen. Doe als therapeut mee. Achteraf dient de cliënt het formulier verdragen van lichamelijke gevoelens in te vullen.

Contra-indicaties: chronische obstructieve longziekte, COPD, (Taylor, 2000).

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt lezen wat er deze sessie is besproken. Motiveer de cliënt om de paniekaanvallen te blijven registreren.
- Als huiswerkopdracht wordt aan de cliënt de oefeningen die qua lichamelijke sensaties lijken op een werkelijke paniekaanval of angst oproepen (met meer dan 2 worden gescoord op deze items, op het formulier voor verdragen van lichamelijke gevoelens), meegegeven.
- Dit betekent dat de cliënt minimaal 2 maal per dag op een vast tijdstip de oefening(en) uitvoert. Let erop dat de cliënt niet alleen oefent wanneer hij zich “goed” voelt of als er iemand aanwezig is in huis.
- Geef de eerste oefening ‘hyperventilatie’ altijd mee als huiswerkopdracht, ongeacht het angstniveau.

Het kan zijn dat de cliënt bij geen enkele oefening voor interoceptieve exposure hoger dan 2 op angst of gelijkheid met een werkelijke paniekaanval scoort tijdens de sessie. Let er dan in eerste instantie op of de cliënt de oefening wel vol overgave doet, zonder ‘reserves’. Ten tweede kan het helpen de oefeningen langer te laten duren. Ten derde kan de oefening thuis worden uitgevoerd zonder de veiligheid van de aanwezige therapeut. Indien de oefeningen ook thuis geen angst oproepen dan wordt de creativiteit van de therapeut en de cliënt aangesproken om oefeningen te bedenken die wel angst oproepen. Het komt soms voor dat de cliënt uit angst een oefening niet durft te doen. In dat geval kan er onderhandeld worden over de duur van de oefening. Wanneer de cliënt in staat is om de oefening voor een korte duur uit te voeren, wordt de tijd langzaam verhoogd.

Hoofdstuk 4: Lichamelijke gevoelens verdragen (2)

Benodigheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- Stopwatch
- Rietjes
- Formulier voor Lichamelijke gevoelens verdragen (zie bijlage 8)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Bespreek hoe het is gegaan met de interoceptieve exposure oefeningen. Hoe is het gegaan? Waar liep men tegenaan en wat roept nog angst op?

Informatie over interoceptieve exposure

In deze sessie wordt geen nieuwe informatie aangeboden. Met de cliënt wordt besproken dat er meer oefeningen gedaan worden in de sessie om lichamelijke gevoelens te leren verdragen.

Oefeningen interoceptieve exposure

Oefening 6: opdrukken tegen de muur

Demonstreer de oefening eerst voor de cliënt. Doe een opdrukoefening tegen de muur waarbij het lichaam in een schuine stand met gebogen armen op schouderhoogte tegen de muur leunt. Hou deze oefening 60 seconden vol. Vraag de cliënt deze oefening na te doen en doe als therapeut ook mee. Laat de cliënt na de oefening het formulier invullen.

Contra-indicaties: pijn in armen of schouders.

Oefening 7: ronddraaien op een bureaustoel

Doe de oefening eerst voor. Draai gedurende 60 seconden met de ogen open, op een bureaustoel rond. Als er geen bureaustoel aanwezig is, kan de oefening gedaan worden door staand rond te draaien. Vraag de cliënt deze oefening na te doen en hierna het formulier in te vullen.

Contra-indicaties: zwangerschap en een geschiedenis van vallen ten gevolge van een evenwichtsstoornis.

Oefening 8: staren naar een vast punt

Doe de oefening voor: staand gedurende 90 seconden naar een bepaalde plek op de muur staren. Vraag de cliënt deze oefening na te doen en hierna het formulier in te vullen.

Contra-indicaties: geen.

Oefening 9: door een rietje ademen

Demonstreer de oefening: met de neus dicht, gedurende 90 seconden door een rietje ademen. Vraag de cliënt deze oefening na te doen en hierna het formulier in te vullen.

Contra-indicaties: chronische obstructieve longziekte zoals bijvoorbeeld astma of COPD.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Motiveer de cliënt om de paniekaanvallen te blijven registreren.
- Als huiswerkopdracht wordt aan de cliënt de oefening die qua lichamelijke sensaties lijkt op een werkelijke paniekaanval of die angst oproept (hogere score dan 2 op het formulier voor verdragen van lichamelijke gevoelens), meegegeven.
- Dit betekent dat de cliënt minimaal 2 maal per dag op een vast tijdstip de oefening(en) uitvoert. Let erop dat de cliënt niet alleen oefent wanneer hij zich “goed” voelt of als er iemand aanwezig is in huis.
- Als de oefening ‘hyperventilatie’ geen angst meer oproept, dan hoeft deze niet meer als huiswerk meegegeven te worden. Indien het nog wel angst oproept, wordt deze oefening wel als huiswerk meegegeven.

Hoofdstuk 5: Anders Denken (1)

Gedachten en gevoelens

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- GGG-schema (zie bijlage 9)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Bespreek hoe het is gegaan met de interoceptieve exposure oefeningen. Hoe is het gegaan? Waar liep men tegenaan en wat roept nog angst op?

Informatie: relatie Gebeurtenis–Gedachten–Gevoelens

Leg aan de cliënt uit dat er nu gestart gaat worden met de volgende component in de behandeling, namelijk de gedachten tijdens of over paniekaanvallen. Begin met algemeen uitleg te geven dat gedachten over een situatie het gevoel kunnen beïnvloeden. Gebruik hiervoor het voorbeeld van de inbreker en de kat. Houd in het achterhoofd dat het voor sommige cliënten moeilijk is om dit op een abstracte wijze te benaderen. Deze cliëntengroep valt snel in concrete voorvallen en betreft de situatie erg op zichzelf. Hij zal niet de eerste zijn die zal zeggen: “ik ben niet bang voor een inbreker” of “mijn burens hebben geen kat”. Het belangrijkste hierbij is dat de cliënt het concept in de gaten krijgt dat gedachten over een situatie invloed hebben op gevoelens. Het is goed mogelijk dat het voor de cliënt pas echt duidelijk wordt op het moment dat er eigen concrete voorbeelden besproken worden.

Na het voorbeeld met de inbreker, wordt de link gelegd naar de gedachten tijdens of over een paniekaanval.

Gedachten komen ook tijdens een paniekaanval. Als je iets in je lijf voelt, bijvoorbeeld dat je het warm krijgt en je hart sneller gaat kloppen, dan komen er alarmgedachten. Deze alarmgedachten kunnen bijvoorbeeld zijn: O jee het komt weer, of O jee ik krijg een hartaanval, of O jee ik ga flauwvallen. Deze gedachten maken je niet rustig. Ze maken je juist angstiger. Achteraf weet je vaak wel dat je angstige gedachte niet is uitgekomen. Voor veel mensen geldt namelijk dat waar ze bang voor zijn, in het echt niet gebeurt. De komende sessies gaan we je gedachten onderzoeken. We gaan kijken of je gedachten wel kloppen, of het waar is wat je denkt.

Automatische gedachten hebben het volgende karakter:

- Automatische gedachten zijn over het algemeen ongenueanceerd, zwart-wit. Stimuleer de cliënt de automatische gedachte zo kort en bondig, zwart-wit te noteren. Anders correspondeert het niet met het gevoel.
- Bij automatische gedachten mogen er geen vragen genoteerd worden zoals: 'Wat zal er zo gebeuren?', 'Andere mensen zullen wel niet denken...'. Een automatische gedachten dient dus niet in vraagvorm genoteerd te worden, deze dient stellig genoteerd te worden.
- De automatische gedachten dienen qua intensiteit en inhoud overeen te stemmen met het genoteerde gevoel en de intensiteit hiervan. Is dit niet het geval dan is het gevoel niet correct of zijn de automatische gedachten nog niet compleet. De automatische gedachte 'Dat is best vervelend' bijvoorbeeld komt niet overeen met een bang gevoel van 90.
- Automatische gedachten bestaan vaak uit ketens. Achter een gedachte kan weer een gedachte schuilgaan. Zeker wanneer de cliënt zegt: 'Met mijn verstand weet ik het wel, maar het voelt niet zo'. Middels de socratische dialoog en de neerwaartse pijltechniek die veel gebruikt wordt binnen de CGT, kan de cliënt uitgenodigd worden om te onderzoeken of onder de genoteerde automatische gedachte wellicht niet een andere, meer basale assumptie schuilgaat. Aan de basale gedachten dient eveneens aandacht geschonken te worden. Daarnaast vereist een nieuwe realistische gedachte ook een passende gedragsverandering. Met andere woorden, als de cliënt zich niet gaat gedragen naar de nieuwe realistische gedachte, dan verandert er niks. Dit komt verder aan bod bij gedragsexperimenten (zie sessie 7).

Oefeningen: invullen van GGG-schema

Besteed voldoende tijd aan deze oefening: het invullen van het GGG-schema. Hiervoor dient een recente paniekaanval gebruikt te worden. Vraag aan de cliënt om de laatste paniekaanval te beschrijven. Vul deze in op het GGG-schema. De cliënt kan het ingevulde registratieformulier voor paniekaanvallen hier tevens voor gebruiken.

Indien het nog onvoldoende duidelijk is voor cliënt, dan kan er nog een GGG-schema samen ingevuld worden.

Wees je er als therapeut van bewust dat het voor veel cliënten moeilijk is om de gedachten te formuleren. Dikwijls worden de gedachten geformuleerd als vraag. Wees hierop alert en corrigeer dit als dit het geval is. Cliënten zijn doorgaans weinig bewust van de gedachten die spelen voorafgaand aan het moment dat zij emotionele of gedragsproblemen ervaren (Ten Broeke et al., 2004). De aandacht is dan vooral gericht op de emoties als geheel of het gedrag dat daarbij komt, wat vaak de aanleiding is tot het zoeken van hulp. De automatische gedachten worden vaak niet meer bewust ervaren, zoals je bij het autorijden je ook niet meer bewust bent van alle handelingen die je verricht. Het leren identificeren van de gedachten die op dergelijke momenten spelen, vormt in de praktijk de uitdaging. Daarom is het belangrijk de cliënt te ondersteunen om de gedachten meer bewust te maken. Vragen die de therapeut zou kunnen stellen zijn:

‘wat ging er door je hoofd heen op het moment dat je (de lichamelijke sensatie) voelde?’

‘wat kan er gebeuren als je je naar voelt?’

‘Wat is het ergste wat er kan gebeuren bij een paniekaanval?’

‘Wat kan er gebeuren als je niet snel uit die situatie weg zou kunnen?’

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het continu registreren van de paniekaanvallen.
- Bepaal samen met de cliënt welke oefening van de interoceptieve exposure als huiswerk meegegeven wordt deze week.
- Geef de cliënt als huiswerk mee om 3 maal een GGG-schema in te vullen. Hierbij kan het registratieformulier voor paniekaanvallen als ondersteuning dienen. Bespreek met de cliënt wie hij om hulp kan vragen als het te moeilijk is om de GGG-schema's in te vullen.

Hoofdstuk 6: Anders Denken (2)

Gedachten onder de loep

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- GGG-schema (zie bijlage 9)
- Gedachtethermometer (zie bijlage 11)
- Gedachteschema (zie bijlage 10)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Bespreek hoe het is gegaan met de interoceptieve exposure oefeningen. Hoe is het gegaan? Waar liep cliënt tegenaan en wat roept nog angst op?
- Bespreek hoe het is gegaan met het invullen van het GGG-schema. Besteed hier voldoende tijd en aandacht aan. Indien het niet is gelukt om een GGG-schema in te vullen, neem de tijd om op dat moment een GGG-schema in te vullen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een recente paniekaanval.

Informatie: gedachten uitdagen

Een belangrijk doel van het uitdagen van automatische gedachten is dat de cliënt gaat twijfelen aan deze automatische gedachten. Er komt dan wat ruimte in het denken van de cliënt. Deze ruimte kan de cliënt gebruiken om meer op een afstandje naar deze automatische gedachte te kijken. Het is niet belangrijk dat er direct een realistische gedachte in de plaats komt of dat deze meteen 80 procent geloofwaardig is.

Leg concreet aan de cliënt uit dat de automatische gedachten nu onderzocht worden en dat dit gestructureerd in een aantal stappen gedaan wordt. Het uitdagen wordt in 6 stappen gedaan:

- 1) Noteer de meest Belangrijke Automatische Negatieve Gedachte (de zogenaamde B.A.N.G) volgens het aangepaste gedachteschema van Beck

door Greenberger en Padesky. Let hierbij als therapeut op welke automatische angstige gedachte de belangrijkste gedachte is, die het gevoel het meeste bepaalt.

- 2) Met behulp van de gedachtethermometer (1-10) wordt door de cliënt een geloofwaardigheidcijfer gegeven aan de B.A.N.G.
- 3) Ga met de cliënt na welke bewijzen er zijn dat de B.A.N.G klopt. Vragen die hier behulpzaam bij kunnen zijn:
 - 'Welke feiten zijn er die X (noem de B.A.N.G) ondersteunen?'
 - 'Welke ervaringen heb je dat X klopt?'
 - 'Wat hebben anderen gezegd dat je X gelooft?'
 - 'Wie in jouw omgeving gelooft ook X en waarom?'
- 4) In deze stap wordt de cliënt uitgenodigd om tegenargumenten te bedenken. Dit is de moeilijkste stap in het cognitieve proces waarbij zeker de hulp van de therapeut noodzakelijk is. Voor cliënten is het moeilijk om spontaan bij deze kennis (argumenten tegen de B.A.N.G.) te komen, omdat de opvattingen meestal al lange tijd bestaan.

Het helpt om vanuit andere perspectieven te kijken. De volgende vragen kunnen helpen om het perspectief van de cliënt te verbreden:

'Stel je bent een advocaat. Welke redenen heb je dat X (noem de B.A.N.G) niet klopt?'

'Als een vriendin deze gedachte zou hebben (noem de B.A.N.G). Wat zou je dan tegen deze vriendin zeggen?'

'Noem een paar mensen die je om raad vraagt als je een beslissing moet nemen (cliënt noemt namen, A en B). Als A nu bij dit gesprek aanwezig was, welke redenen zou hij geven dat X (noem de B.A.N.G.) niet klopt?'

'Wat voor verklaringen voor deze gebeurtenis (hartkloppingen, zweten, etc.) zijn er nog meer, behalve X (noem de B.A.N.G)?'

'Wat zou je partner/moeder/vader/vriendin erover zeggen?'

Bekrachtig als therapeut elke mogelijke rationele gedachte die de cliënt weet te formuleren. Als de cliënt aangeeft de rationele gedachten moeilijk te kunnen geloven, kun je als therapeut uitleggen dat automatische gedachten hardnekkige gewoonten zijn geworden. Hardnekkige gewoonten kunnen alleen afgeleerd worden als er alternatieven voor in de plaats geboden kunnen worden. Rationele gedachten die de automatische gedachten moeten gaan vervangen, moeten veelvuldig tegenover de oorspronkelijke disfunctionele automatische gedachten worden geplaatst om de geloofwaardigheid ervan aan te tonen.

- 5) Formuleer samen met de cliënt een meer realistische gedachte waarbij de argumenten voor en de argumenten tegen de B.A.N.G worden meegenomen.
- 6) Laat de cliënt m.b.v. de gedachtethermometer de nieuwe realistische gedachte op geloofwaardigheid beoordelen.

Aandachtspunt: wees erop voorbereid dat de cognitieve aanpak niet bij iedere cliënt aansluit en aanslaat. Wanneer de cliënt bij herhaaldelijke uitleg en oefening het niet goed begrijpt, pas je dan nog meer aan bij het begripsniveau van de cliënt. Houd het eenvoudig door de cliënt bijvoorbeeld niet het complete uitdagingproces te laten doorlopen, maar om alleen zinnen te laten vervangen, die aangeduid kunnen worden als *Helpende Gedachten*. Deze helpende gedachten kunnen op kaartjes meegegeven worden aan de cliënt. De cliënt kan deze kaartjes met *Helpende Gedachten* erbij pakken op het moment dat er automatische angstige gedachten optreden.

Het kan zijn dat een cliënt aangeeft dat hij geen paniekaanvallen meer heeft en dus ook niets kan registreren. Nodig de cliënt uit om een situatie die op dit moment vermeden wordt, te gaan opzoeken of een situatie te beschrijven waarin de cliënt zich bang voelde om een aanval te krijgen. Uiteraard kunnen ook andere angstgedachten en bezorgdheid genoteerd worden.

Er zijn veel cliënten die aangeven wel te weten dat er geen catastrofe plaats gaat vinden, ze voelen dit echter anders. Leg dan uit dat het niet alleen bij weten of praten over moet blijven, maar dat doen de belangrijkste component is. Er is namelijk een gedragsverandering nodig om ook het gevoel mee te laten veranderen. Het wel weten is dan een motivatie om anders te handelen. In de gedragsexperimenten komt dit uitgebreid aan bod. Verder is het van belang dat het uitdagen, waarbij de therapeut een actieve rol heeft, niet vervalt in touwtrekkerij. Ga niet verder wanneer de cliënt met tegenwerpingen komt, maar bespreek met de cliënt of hij dit ook merkt. Ga pas weer verder als er overeenstemming is gekomen. Zorg ervoor dat je als therapeut meer empathische opmerkingen maakt en de cliënt het uitdagen meer laat verwoorden.

Oefeningen: gedachten uitdagen

In de oefening wordt het gegeven voorbeeld eerst in een GGG-schema gezet. Vervolgens wordt de gedachte uitgedaagd door middel van de stappen. Met name bij stap 4 van het proces zal de therapeut veel ondersteuning moeten bieden.

Indien er nog tijd over is, kan er geoefend worden met het uitdagen van gedachten van een eigen concreet voorbeeld (uiteraard gerelateerd aan een paniekaanval).

Het verdient aanbeveling de cliënt zelf te laten schrijven. Op deze manier doet cliënt ervaring op met het invullen van het gedachteschema.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het continu registreren van de paniekaanvallen.
- Bepaal samen met de cliënt welke oefening van de interoceptieve exposure als huiswerk meegegeven wordt deze week.
- Geef de cliënt als huiswerk mee om minimaal 2 maal gedachten uit te dagen volgens het gedachteschema. Introduceer het gedachteschema. Bespreek met de cliënt wie hij om hulp kan vragen als het te moeilijk is om het gedachteschema in te vullen.

Hoofdstuk 7: Anders Denken (3)

Gedachten onder de loep

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- Gedachtethermometer (zie bijlage 11)
- Formulier Gedachteschema (zie bijlage 10)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Bespreek hoe het is gegaan met de interoceptieve exposure oefeningen. Hoe is het gegaan? Waar liep cliënt tegenaan en wat roept nog angst op? Indien de interoceptieve exposure oefeningen geen angst meer oproepen hoeven deze oefeningen niet meer meegegeven te worden als huiswerk.
- Bespreek hoe het is gegaan met het uitdagen van gedachten. Besteed hier voldoende tijd en aandacht aan. De hele sessie staat verder in het teken van het uitdagen van gedachten.

Informatie: gedachten uitdagen

Er wordt geen nieuwe informatie gegeven aan de cliënt.

Uiteraard kunnen onduidelijkheden in de sessie verduidelijkt en nogmaals uitgelegd worden.

Oefeningen: gedachten uitdagen

De rest van de sessie wordt geoefend met het uitdagen van gedachten volgens de stappen. Hierbij wordt het formulier gebruikt. Een recente paniekaanval kan hiervoor gebruikt worden.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het continu registreren van de paniekaanvallen.
- Bepaal samen met de cliënt welke oefening van de interoceptieve exposure als huiswerk meegegeven wordt deze week. Indien uit de bespreking van het huiswerk aan het begin van de sessie naar voren is gekomen dat de oefening geen angst meer oproept, hoeft deze oefening niet meer meegegeven te worden als huiswerk.
- Motiveer de cliënt om als huiswerk minimaal 3 maal gedachten uit te dagen volgens het gedachteschema. Bespreek opnieuw met de cliënt wie hij om hulp kan vragen als het te moeilijk is om het gedachteschema in te vullen.

Hoofdstuk 8: Anders Doen (1)

Gedragsexperimenten

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- Gedachtethermometer (zie bijlage 11)
- Formulier Gedachteschema (zie bijlage 10)
- Formulier voor Gedragsexperimenten (zie bijlage 12)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Indien er een interoceptieve exposure-oefening is meegegeven, bespreken.
- Bespreek hoe het is gegaan met het uitdagen van gedachten.
Besteed hier voldoende tijd en aandacht aan.

Informatie: gedragsexperiment

Start in deze sessie met het bedenken van een gedragsexperiment. De verbale aanpak die centraal staat bij het gedachteschema, wordt aangevuld met gedragsexperimenten: het uittesten van de juistheid van bepaalde verwachtingen en opvattingen via het daadwerkelijk uitvoeren van nieuw gedrag, ofwel het juist nalaten van disfunctioneel gedrag.

Met gedragsexperimenten kunnen als-dan-verwachtingen van de cliënt worden getoetst, zoals de verwachting: 'Als ik in een drukke trein zit, dan zal ik flauw vallen'.

Gedragsverandering is een manier waarop de met verbale technieken bereikte cognitieve veranderingen kunnen worden bestendigd en versterkt. Voor een zo krachtig mogelijk en blijvende verandering zijn immers daadwerkelijk corrigerende ervaringen nodig. Dit zijn ervaringen waarin de cliënt aan den lijve ondervindt dat de oorspronkelijke opvattingen niet meer houdbaar zijn en dat andere realistische

opvattingen wel kloppen. Nog een reden waarom het gebruik van alleen verbale technieken beperkingen heeft, is dat cliënten sterk en uitgebreid vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag kunnen hanteren.

Gedragsexperimenten worden op een gestructureerde manier opgezet en uitgevoerd. Ten Broeke et al. (2004) volgend, wordt het gedragsexperiment in negen stappen opgezet en uitgevoerd.

De stappen zijn als volgt:

- 1) Formuleer de oorspronkelijke, vermoedelijke disfunctionele opvatting en bepaal de geloofwaardigheid.
- 2) Formuleer een evenwichtig en realistisch alternatief en bepaal de geloofwaardigheid.
- 3) Bedenk een passend gedragsexperiment. Beschrijf zo exact mogelijk hoe het experiment er uitziet (bespreek vooraf eventuele te verwachten moeilijkheden en stel de haalbaarheid van het experiment vast).
- 4) Vraag: stel dat de oorspronkelijke opvatting waar is, hoe zal het experiment dan verlopen? Geef een zo concreet mogelijke beschrijving van o.a. het eigen gedrag en/of het gedrag van anderen.
- 5) Vraag: stel dat de alternatieve opvatting waar is, hoe zal het experiment dan verlopen? Geef een zo concreet mogelijke beschrijving, van o.a. het eigen gedrag en/of het gedrag van anderen.
- 6) Voer het experiment uit volgens de afspraken.
- 7) Beschrijf concreet hoe het experiment is verlopen (Wie deed wat? Wat gebeurde er? Wat gebeurde er juist niet?).
- 8) Welke conclusies kunnen er getrokken worden met betrekking tot de geloofwaardigheid van respectievelijk de oorspronkelijke opvatting en de alternatieve, realistische opvatting?
- 9) Wat heeft de cliënt van het experiment geleerd en wat heeft de cliënt nog meer nodig om de nieuwe opvatting geloofwaardiger te maken?

Oefeningen: gedragsexperiment

Zet met de cliënt in de zitting een gedragsexperiment op volgens de 9 stappen.

Maak niet de fout om bij een gedragsexperiment de kans op een paniekaanval te gaan onderzoeken. Een paniekaanval is onschuldig. Het gaat juist om de kans op de catastrofe die de cliënt verwacht: het doodgaan, het flauwvallen of alle controle verliezen.

Hou er bij het opstellen rekening mee dat het gedragsexperiment niet te moeilijk moet zijn. Ze moet uitvoerbaar zijn voor de cliënt. Kies anders voor een minder bedreigende situatie. De moeilijke situaties komen dan later aan bod.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het continu registreren van de paniekaanvallen.
- Motiveer de cliënt om als huiswerk minimaal 3 maal gedachten uit te dagen volgens het gedachteschema. Er wordt nu gekozen voor 3 maal oefenen met het uitdagen van gedachten om zo nog vertrouwd te worden met deze procedure. Bespreek opnieuw met de cliënt wie hij om hulp kan vragen als het te moeilijk is om het gedachteschema in te vullen.
- Motiveer de cliënt om het opgezette gedragsexperiment uit te voeren en te laten registreren op het formulier voor gedragsexperimenten.

Hoofdstuk 9: Anders Doen (2)

Gedragsexperimenten

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- Gedachtethermometer (zie bijlage 11)
- Formulier Gedachtchema (zie bijlage 10)
- Formulier voor Gedragsexperimenten (zie bijlage 13)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Bespreek hoe het is gegaan met het uitdagen van gedachten. Besteed hier voldoende tijd en aandacht aan.
- Bespreek het formulier van het uitgevoerde gedragsexperiment. Hoe is het gegaan? Wat is er gebeurd? Is er gebeurd waar men zo bang voor was? Hoe geloofwaardig is de alternatieve opvatting? Wat is nog nodig om de alternatieve opvatting nog geloofwaardiger te maken?

Informatie: gedragsexperiment

Er wordt geen nieuwe informatie gegeven. Uiteraard kan er meer uitleg gegeven worden bij onderdelen die nog onvoldoende duidelijk waren.

Oefeningen: gedragsexperiment

Bedenk samen met de cliënt een nieuw gedragsexperiment. Zet het gedragsexperiment op volgens de 9 stappen.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het continu registreren van de paniekaanvallen.
- Motiveer de cliënt om als huiswerk minimaal 3 maal gedachten uit te dagen volgens het gedachteschema. Bespreek opnieuw met de cliënt wie hij om hulp kan vragen als het te moeilijk is om het gedachteschema in te vullen.
- Motiveer de cliënt om het opgezette gedragsexperiment uit te voeren en te laten registreren op het formulier voor gedragsexperimenten.

Hoofdstuk 10: Anders Doen (3)

Exposure

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- Gedachtethermometer (zie bijlage 11)
- Formulier Gedachteschema (zie bijlage 10)
- Formulier voor Exposure-opdrachten (zie bijlage 13)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Bespreek hoe het is gegaan met het uitdagen van gedachten. Besteed hier voldoende tijd en aandacht aan.
- Bespreek het formulier van het uitgevoerde gedragsexperiment. Hoe is het gegaan? Wat is er gebeurd? Is er gebeurd waar men zo bang voor was? Hoe geloofwaardig is de alternatieve opvatting? Wat is nog nodig om de alternatieve opvatting nog geloofwaardiger te maken? Indien het de cliënt nog niet gelukt is om het gedragsexperiment goed uit te voeren, kan er nog een extra sessie ingevoegd worden, gericht op de gedragsexperimenten, alvorens over te gaan tot exposure.

Informatie: exposure in vivo

Start in deze sessie met exposure in vivo. Het doel van exposure (blootstelling aan de gevreesde stimuli) is niet dat de angst minder wordt, maar dat de cliënt zijn angst leert verdragen in een veelheid van contexten. Zodoende kan de angstige verwachting plaatsmaken voor een meer reële verwachting en zal de angst voor situaties verminderen.

Belangrijk is dat de exposureoefeningen gericht worden op de juiste angsten. Bij elke oefening dient er geëvalueerd te worden wat de cliënt ervan heeft geleerd. Bijvoorbeeld: is de angstige verwachting uitgekomen of is er een andere conclusie te trekken?

Verder is het van belang bij exposure dat er niet alleen geoefend wordt in verschillende, gevarieerde contexten, het kan ook raadzaam zijn deze contexten te koppelen. Een cliënt die bijvoorbeeld gevoelig is voor cafeïne (hierdoor kunnen er lichamelijke sensaties optreden) kan met enkele koppen koffie op oefenen in een gevreesde situatie.

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor de tijdsduur van de exposure of de mate van angst. Belangrijk is dat de cliënt tijdens de oefening de kans krijgt om andere conclusies te trekken dan zijn angstige verwachtingen. Ook over de frequentie van de exposureoefeningen bestaat geen duidelijke consensus. Het is van belang om te letten op veiligheidsgedrag (aanwezigheid van een persoon, een flesje water, opzeggen van een mantra, etc). Deze onderhouden namelijk de klachten. Voor een goede exposure dient het veiligheidsgedrag achterwege gelaten te worden.

Er dient met de cliënt een exposurelijst opgesteld te worden. Het is minder raadzaam om deze stapje voor stapje af te lopen. Vanwege het leereffect is het namelijk beter om telkens wisselende situaties te oefenen en ook te variëren in situaties, dan die weer moeilijker zijn, dan die weer minder moeilijk zijn (Kampman, Keijsers & Hendriks, 2011).

Tot slot is het belangrijk dat de therapeut een vrij sturende en directieve houding inneemt bij het opstellen van exposure-opdrachten. De praktijk leert dat cliënten weinig vanuit zichzelf de exposure-opdrachten kunnen bedenken.

Exposure in vivo zou als volgt kunnen worden geïntroduceerd:

Je hebt al veel gedaan om situaties waar je eerst bang voor was, aan te pakken. Vandaag gaan we vooral aan de slag met doen.

Er zijn dingen die je niet meer doet, omdat je er bang van wordt. Iedereen heeft wel eens meegemaakt dat als je iets vaker doet waar je van te voren erg bang of zenuwachtig voor bent, het steeds minder eng wordt. Denk maar bijvoorbeeld aan leren autorijden. Iedereen vond dat in het begin eng en spannend. Door het veel te doen, wordt het steeds minder eng en spannend. De volgende stap in de behandeling is om alle dingen die je niet meer durft, eerst op te schrijven. Daarna gaan we met deze lijst oefenen. Elke keer gaan we bekijken of waar je bang voor bent ook echt gaat gebeuren. Belangrijk hierbij is dat je veel oefent. Ook is het belangrijk dat we afwisselend oefenen met moeilijke en met makkelijkere situaties.

Ga na of de cliënt de informatie goed heeft begrepen. Laat de cliënt in eigen woorden vertellen wat exposure inhoudt.

Oefeningen: lijst met angstige situaties (exposurelijst)

Laat de cliënt situaties en activiteiten opschrijven die hij vermijdt. Help de cliënt hierbij. Zo nodig kan de cliënt ook aan mensen uit zijn steunsysteem vragen welke situaties hij vermijdt.

Voorbeeld van een exposurelijst is:

- Alleen blokje om wandelen
- Alleen naar de winkel gaan
- Alleen reizen met bus, trein
- Winkelen in een onbekende grote stad
- Uit eten gaan

Bepaal samen met de cliënt met welke situatie van zijn exposurelijst hij de aankomende week gaat oefenen. Introduceer het formulier voor Exposure opdrachten. Sta met cliënt stil bij veiligheidsgedrag. Let erop dat de cliënt geen veiligheidsverdrag inzet bij het uitvoeren van de exposure-opdrachten.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het continu registreren van de paniekaanvallen.
- Motiveer de cliënt om als huiswerk minimaal 3 maal gedachten uit te dagen volgens het gedachteschema. Bespreek opnieuw met de cliënt wie hij om hulp kan vragen als het te moeilijk is om het gedachteschema in te vullen.
- Laat de cliënt de lijst met angstige situaties (exposurelijst) aanvullen.
- Motiveer de cliënt deze week om de exposure-opdracht uit te voeren. Geef hierbij aan dat de afspraak is dat de cliënt in elk geval de afgesproken exposure-oefening gaat doen, maar dat meer uiteraard mag. Bespreek concreet (met behulp van het formulier voor exposure-opdrachten) wanneer cliënt de oefening gaat doen.

Hoofdstuk 11 tot en met 14: Anders Doen (4)

Exposure

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Whiteboard/flip-over en stiften
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- Gedachtethermometer (zie bijlage 11)
- Formulier Gedachteschema (zie bijlage 10)
- Formulier voor Exposure-opdrachten (zie bijlage 13)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Bespreek hoe het is gegaan met het uitdagen van gedachten. Blijf hier voldoende tijd en aandacht aan besteden.
- Bespreek of er nog aanvullingen op de lijst zijn gekomen van angstige situaties (exposurelijst).
- Bespreek het formulier van de uitgevoerde exposureoefening. Hoe is het gegaan? Wat is er gebeurd? Is er gebeurd waar men zo bang voor was?

Informatie: exposure in vivo

Er wordt geen nieuwe informatie gegeven.

Wees er alert op dat de huiswerkopdrachten bij exposure in vivo zwaar zijn voor cliënten en vaak angst oproepen voorafgaand aan en tijdens de situatie. Heb hier oog voor als de cliënt dit naar voren brengt. Het is belangrijk dat je aan de cliënt duidelijk maakt dat je dat als therapeut beseft en dat het moed vereist om met deze opdrachten aan de slag te gaan. Het expliciet maken dat de opdrachten moeilijk zijn voorkomt dat de cliënt ontmoedigd raakt. Betrek de cliënt expliciet in het laten beslissen met welke opdrachten er in eerste instantie geoefend gaat worden. Kies voor als een eerste exposure opdracht een situatie die wel wat spanning/angst oproept, echter ook niet teveel.

Het kan voorkomen dat cliënten alleen exposure-opdrachten uitvoeren als ze zich goed voelen. Breng dan ter sprake dat er zo onvoldoende geprofiteerd kan worden van de behandeling.

Soms kan het zijn dat de angst bij de cliënt zo hoog is of de vermijding zo groot dat de cliënt niet tot zelfstandig oefenen komt. Bespreek dan samen met de cliënt wie hem kan begeleiden bij de exposureoefeningen, bijvoorbeeld een persoon uit het eigen steunsysteem of een ambulante behandelaar vanuit de instelling waar de behandeling wordt gegeven. Na verloop van tijd kan de cliënt meer zelfstandig gaan oefenen.

Oefeningen: exposure-opdrachten

Bespreek concreet met de cliënt met welke situatie hij wil gaan oefenen. Laat de cliënt hier grotendeels zelf in bepalen.

Door middel van onderhandelen (jij als therapeut zet hoog in bijvoorbeeld in de frequentie van het oefenen). Cliënt doet een tegenvoorstel wat voor hem haalbaar lijkt. Waak hierbij voor overvraging.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Blijf de cliënt motiveren tot het continu registreren van de paniekaanvallen.
- Motiveer de cliënt om als huiswerk minimaal 3 maal gedachten uit te dagen volgens het gedachteschema. Bespreek opnieuw met de cliënt wie hij om hulp kan vragen als het te moeilijk is om het gedachteschema in te vullen.
- Motiveer de cliënt deze week om de exposure-opdracht uit te voeren. Geef hierbij aan dat de afspraak is dat de cliënt in elk geval de afgesproken exposure-oefening gaat doen, maar dat meer uiteraard mag. Bespreek concreet (met behulp van het formulier voor exposure-opdrachten) wanneer cliënt de exposure-opdracht gaat uitvoeren.

Hoofdstuk 15: Terugvalplan en invullen van vragenlijsten

Benodigdheden

- Registratieformulier paniekaanvallen (zie bijlage 6)
- Grafiekpapier om de paniekaanvallen op aan te geven (zie bijlage 7)
- Vragenlijsten: SQ48 (zie bijlage 1), ACQ (zie bijlage 2), BSQ (zie bijlage 3), MI (zie bijlage 4) en cliëntthermometer (zie bijlage 5)

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

- Bespreek de registraties van de paniekaanvallen en zet het aantal geregistreerde paniekaanvallen in de grafiek. Aan de hand hiervan kan op een gestructureerde wijze besproken worden hoe het de afgelopen week is gegaan met de cliënt.
- Bespreek hoe het is gegaan met het uitdagen van gedachten. Blijf hier voldoende tijd en aandacht aan besteden.
- Bespreek of er nog aanvullingen zijn gekomen op de lijst van angstige situaties (exposurelijst).
- Bespreek aan de hand van het ingevulde formulier hoe de exposureoefening is gegaan. Hoe is het gegaan? Wat is er gebeurd? Is er gebeurd waar men zo bang voor was?

Invullen van vragenlijsten

Laat de cliënt opnieuw de SQ48, ACQ, BSQ, MI en cliëntthermometer invullen.

Terugvalplan

Laat de cliënt signalen opschrijven waar hij op moet letten wanneer de klachten terugkomen. Is er bijvoorbeeld sprake geweest van subtiel vermijdingsgedrag of veiligheidsgedrag. Ook kunnen er bijvoorbeeld gedachten opgekomen zijn zoals: "Dat doe ik nu maar niet, want ik ben niet helemaal fit". Bespreek eveneens dat spanning, stress en overvraging aanleidingen kunnen zijn voor de eerste signalen van een paniekaanval.

Laat de cliënt opschrijven wat te doen bij een terugval. Neem hier eveneens in mee wat anderen kunnen doen in de signalering en in het voorkomen van.

Huiswerk bespreken voor de volgende keer

- Laat de cliënt het gehele werkboek nog eens doornemen. Indien er onduidelikheden zijn, kunnen deze de volgende sessie aan bod komen.
- Cliënt motiveren om met gevreesde situaties te blijven oefenen.
- Bespreek met de cliënt of bij de afsluiting iemand uit het systeem mee kan komen, zodat het terugvalplan ook met het systeem besproken kan worden. Laat 2 weken zitten tussen deze zitting en de laatste zitting.

Hoofdstuk 16: Evalueren

Benodigdheden

Resultaten van de ingevulde vragenlijsten.

Bespreken van het huiswerk van de vorige keer

Bespreek met de cliënt of er nog onduidelijkheden zijn na het doornemen van het werkboek.

Evalueren

Bespreek met de cliënt en diens systeem of de doelen behaald zijn. Hierbij kunnen de uitkomsten van de vragenlijsten gebruikt worden.

Bespreek of er nog meer sessies nodig zijn of dat er kan worden afgesloten. Als er nog behandelsessies nodig zijn, dient er nagegaan te worden van welke onderdelen de cliënt het meest geprofiteerd heeft. Hier kunnen vervolgens nog een aantal sessies aan besteed worden.

Afscheid

Literatuur

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

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

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

DesNoyers Hurley, A. (2007). A case of panic disorder treated with cognitive behavioral therapy techniques. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 10, 25–30.

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

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

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

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

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

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

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

Jahoda, A., Dagnan, D., Stenfert Kroese, B., Pert, C., & Trower, P. (2009). Cognitive behavioural therapy: from face to face interaction to a broader contextual understanding of change. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53-9*, 759-771.

Kampman, M., Keijsers, G., & Hendriks, G. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met en zonder agorafobie: Interoceptieve exposure, cognitieve gedragstherapie en exposure in vivo. In G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 37-77). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

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

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

Malloy, E., Zealberg, J., & Paolone, T. (1998). A patient with mental retardation and possible panic disorder. *Psychiatric services*, *49*, 105-106.

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

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

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 disability: 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

Bijlagen

Bijlage 1: SQ48

SQ-48

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

Instructies

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

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

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

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

Bijlage 2: Vragenlijst agorafobische gedachten (ACQ)

A: Hieronder staan 14 gedachten of ideeën die kunnen opkomen als je erg gespannen of angstig bent.

Geef aan hoe vaak elke gedachte opkomt als je je gespannen of angstig voelt.

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1 Ik ga overgeven					
2 Ik ga flauwvallen					
3 Ik heb vast een hersentumor					
4 Ik krijg een hartaanval					
5 Ik ga stikken					
6 Straks ga ik me gek gedragen					
7 Ik word blind					
8 Straks heb ik mijzelf niet meer onder controle					
9 Straks doe ik iemand wat aan					
10 Ik krijg een beroerte					
11 Ik word gek					
12 Ik ga schreeuwen					
13 Straks ga ik zweten of rare dingen doen					
14 Ik raak verlamd van angst					
15 Andere gedachten die hier niet staan					

B: Wanneer je alle vragen hebt beantwoord, omcirkel de drie gedachten of ideeën die het meest bij je opkomen als je gespannen of angstig bent.

Chambless, Caputo, Bright & Gallagher, 1984

Bijlage 3: Vragenlijst Lichamelijke gevoelens (BSQ)

Hieronder staat een lijst met allerlei lichamelijke gevoelens die kunnen voorkomen als je gespannen of angstig bent.

Geef aan hoe angstig je bent voor deze gevoelens.

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1 Hartkloppingen					
2 Druk of zwaar gevoel op de borst					
3 Verdoofd gevoel in armen					
4 Tintelingen in vingertoppen					
5 Verdoofd gevoel in een ander deel van je lichaam					
6 Gevoel van kortademigheid					
7 Duizeligheid					
8 Wazig of gestoord zien					
9 Misselijkheid					
10 Vlinders in je buik hebben					
11 Zwaar gevoel in je maag					
12 Een prop in je keel hebben					
13 Slappe benen hebben					
14 Zweeten					
15 Een droge keel hebben					
16 Verward voelen en niet meer weten wie je bent					
17 Gevoel los te zijn van je lichaam					

Chambless, Caputo, Bright & Gallageher, 1984

Bijlage 4: Vragenlijst vermijding van plaatsen (MI)

A: de vragenlijst bestaat uit 25 vragen. Geef aan hoe vaak je een bepaalde plaats of situatie uit de weg gaat omdat je er angstig van wordt.

Geef aan of er een verschil is als je alleen bent of met iemand samen.

1	2	3	4	5
nooit	zelden	soms	vaak	altijd
Plaatsen	Samen met iemand	Alleen		
1 Theaters/bioscopen				
2 Supermarkten				
3 Klaslokalen				
4 Warenhuizen				
5 Restaurants				
6 Museum				
7 Liften				
8 Stadions				
9 Parkeergarages				
10 Hoge plaatsen				
11 Nauwe ruimtes (bijv. een tunnel)				
12 Open ruimtes: a) Buiten, bijv. straten, pleinen b) Binnen, bijv. grote kamers				
13 Bussen				
14 Treinen				
15 Metro's				
16 vliegtuigen				

17	Boten		
18	Als bestuurden of passagier van een auto: a) Altijd en overal b) Op snelwegen		nvt
19	In de rij staan		
20	Een brug oversteken		
21	Feestjes en bijeenkomsten		
22	Op straat lopen		
23	Alleen thuis blijven	nvt	
24	Ver weg van je huis zijn		
25	Andere situaties		

B: Een paniekaanval bestaat uit 3 onderdelen:

- Heftige lichamelijke gevoelens
- Even niet meer op een rustige en verstandige manier kunnen denken
- De situatie heel graag uit de weg gaan

Een paniekaanval is dus iets anders dan hevige angst.

Geef aan hoeveel paniekaanvallen je de laatste 7 dagen hebt gehad?.....

Bijlage 5: cliëntthermometer (ORS)

Uw mening over hoe het met u gaat Volwassenen

Leeftijd: ___ jaar Geslacht: M / V

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

Graag aankruisen wat van toepassing is:

- Start behandeling**
- Einde behandeling**

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

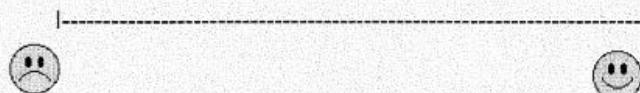
Ik

(Hoe gaat het met mij/mijn klachten?)



Thuis

(Hoe gaan de zaken thuis?)



School/Werk/Sociale contacten

(Hoe gaat het met werk, dagbesteding?)



Alles

(Hoe gaat alles bij elkaar?)



Opmerkingen:

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

Kristal Client Thermometer

Score:

(voor intern gebruik)

Bijlage 6: Bijhouden van paniekaanvallen

Hoe in te vullen?

Sla geen vragen over. Je zult merken dat het invullen erg snel gaat. Twijfel je of het om een echte paniekaanval gaat, vul het formulier dan wel in. Ben je langer dan 30 minuten angstig, gespannen, zonder dat het plotseling op is gekomen, dan gaat het niet om een paniekaanval. Vul het formulier dan niet in.

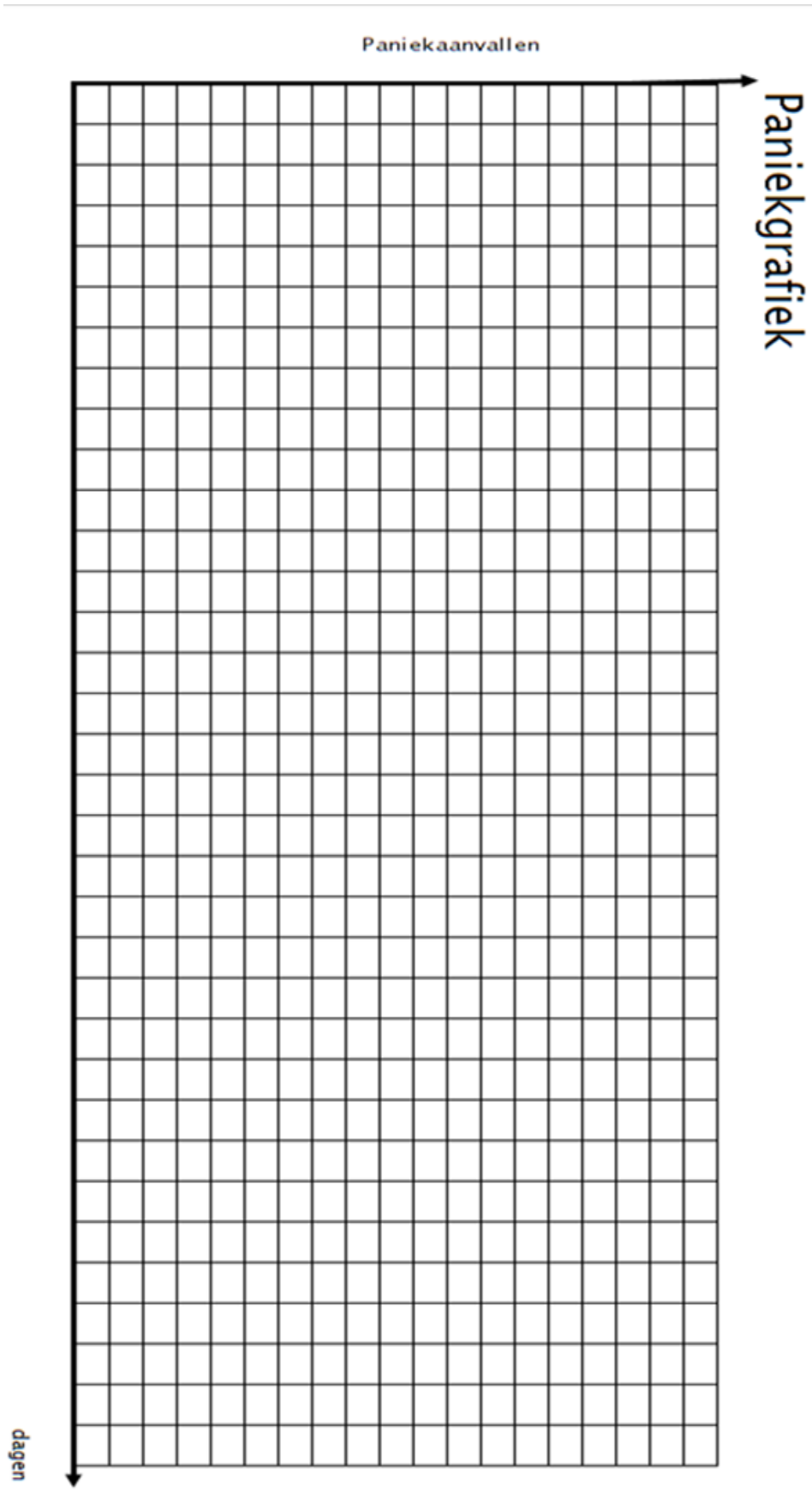
De aanval was op:						
01	Datum					
02	Tijdstip					
03	Ik was ... (vul plaats in)					
04	De aanval duurde ... min					
Tijdens de aanval had ik last van:						
05	Hartkloppingen					
06	Zweten					
07	Trillen of beven					
08	Ademnood					
09	Het gevoel te stikken					
10	Pijn op de borst					
11	Misselijkheid of buikpijn					
12	Licht in het hoofd/duizelig					
13	Vaag voelen					
14	Angst controle te verliezen					
15	Angst om dood te gaan					
16	Tintelingen in handen of voeten					
17	Plots warm of koud krijgen					







De aanval:						
18	(1) Was helemaal onverwacht (2) Niet helemaal onverwacht (3) Zag ik aankomen					
19	(1) Zette helemaal door (2) Zette niet helemaal door (3) Zette niet door					
Ik was:						
20	(1) Helemaal in paniek (2) Erg bang/gespannen (3) Bang/gespannen (4) Een beetje bang/gespannen (5) Niet bang/gespannen					



Bijlage 7: Grafiekpapier



Bijlage 8: Formulier voor het verdragen van lichamelijke gevoelens

Hoe sterk lijkt het op een paniekaanval	Angst (0-10)	(0-10)	Wat denk je dat er gaat gebeuren?	Wat gebeurde er echt?
 <p>Hyperventileren (90 seconden)</p>				
 <p>Hoofd schudden (30 seconden)</p>				
 <p>Hoofd tussen knieën (30 seconden)</p>				
 <p>Op de plaats rennen (90 seconden)</p>				



Adem inhouden
(30 seconden)



Opdrukken tegen de
muur
(60 seconden)



Ronddraaien op stoel
(60 seconden)

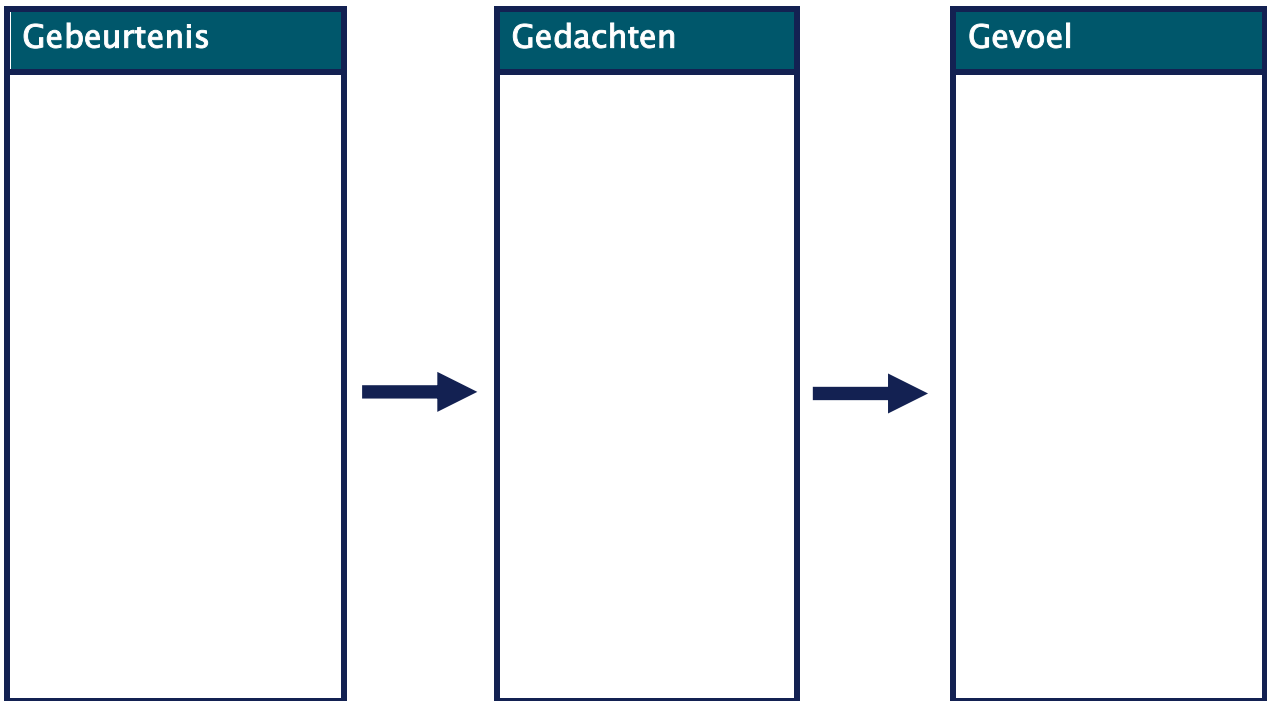


Staren op muur
(90 seconden)

Door rietje
ademen
(90 seconden)



Bijlage 9: GGG-schema





Bijlage 10: Gedachteschema (gedachten onder de loep)



Gebeurtenis

Wat is de gebeurtenis? Met wie was je, waar, wat gebeurde er precies?

Gevoel

Welk gevoel heb je?:

Hoe sterk is dat gevoel (1-10):

Automatische gedachten

Schrijf de automatische angstige gedachte op:

Hoe sterk geloof je deze gedachte?

Uitdagen/onder de loep nemen

Welke bewijzen heb je dat het waar is wat je denkt?





Uitdagen/onder de loep nemen

Welke bewijzen heb je dat het niet waar is wat je denkt?

Denk er eens anders over

Wat is een andere manier om over de situatie te denken?

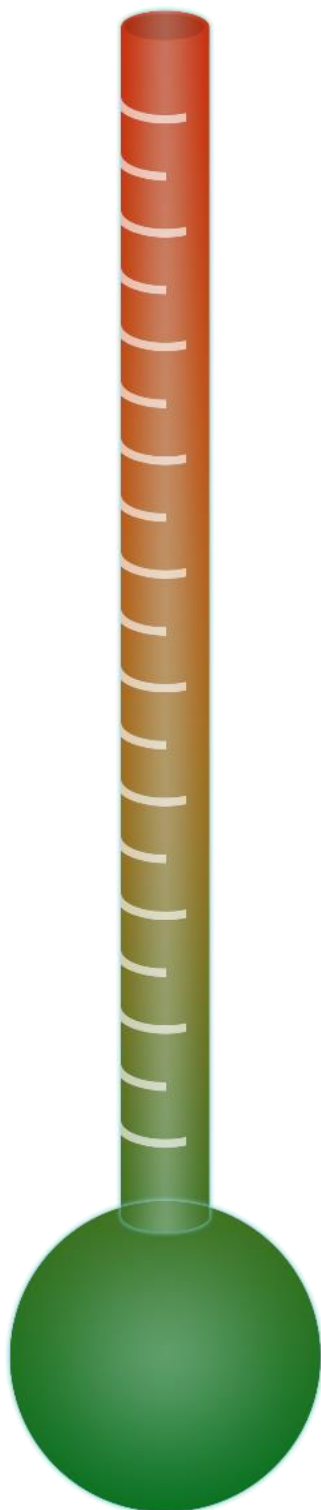
Hoe geloofwaardig?

Hoe sterk geloof je deze nieuwe gedachte?

Gebruik de gedachtethermometer!



Bijlage 11: Gedachtethermometer



10. Geloof er heel sterk in

9.

8.

7. Geloof er best sterk in

6.

5.

4. Geloof er een beetje in

3.

2.

1. Geloof er niet in

Bijlage 12: Gedragsexperiment

Wat is het meest erge wat kan gebeuren (automatische angstige gedachte)?

Hoe sterk geloof je de automatische angstige gedachte, vooraf (1-10)?

Wat zou er logisch kunnen gebeuren (automatische logische gedachte)?

Hoe sterk geloof je de automatische logische gedachte, vooraf (1-10)?

Wat is het experiment dat je gaat doen?

Bijlage 13: Exposure-opdrachten

Datum	Tijdstip	Opdracht	Wat verwacht je vooraf?	Is er gebeurd waar je bang voor was?	Angst voor (1-10)	Angst tijdens (1-10)	Angst erna (1-10)



Bijlage 14: Terugvalplan

Mijn signalen	Wat kan ik doen?	Wat kunnen anderen doen?

