Cognitieve gedragstherapie

bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis

Een handreiking
voor behandelaren CGT

Kajak
ACADEMISCHE WERKPLAATS

Auteurs:
Drs. Michel van den Bogaard (Expertisecentrum KJP & LVB Herlaarhof, De La Salle en Cello; klinisch psycholoog en psychotherapeut)
Simone Boven (Accare; cognitief gedragstherapeutisch werker VGCt)
Drs. Marina Berg (De Lichtenvoorde en Marga Klompé (SZMK); GZ-psycholoog en cognitief gedragstherapeut VGCt)
Drs. Judith van den Blokenhoeve (Novadic-Kentron; GZ-psycholoog en cognitief gedragstherapeut VGCt)
Drs. Jan-Willem Drost (Groot Emaus-'s Heeren Loo; GZ-psycholoog i.o. en cognitief gedragstherapeut VGCt)

We willen drs. Karen Appelboom, klinisch psycholoog, psychotherapeut en cognitief gedragstherapeut, en drs. Noortje Blijlevens, GZ-psycholoog en systeemtherapeut i.o. bij GGZ Herlaarhof hartelijk danken voor de externe review van concepten uit deze handreiking.

Redactie:
Dr. Mariëlle Dekker en dr. Wouter Groen (Academische Werkplaats Kajak). Met dank aan Femke van de Lustgraaf, MSc en dr. Jolanda Douma (Landelijk Kenniscentrum LVB).

Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
030 7400 400
www.academischewerkplaatskajak.nl
info@awkajak.nl

Ontwerp:
Rudi Langezaal, Odijk

Inhoud

1. Voorwoord

Kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking, verder in deze handreiking jeugdigen met een LVB genoemd, hebben een grotere kans op achterstand en scheefgroei in hun ontwikkeling dan normaalbegaafde leeftijdgenoten. Dit kan tot uiting komen in ernstige problemen met zichzelf en anderen in het eerste (thuis), tweede (school, stage en werk) en derde leefmilieu (vrienden en vrije tijd) die zich ontwikkelen tot ernstige gedragsproblemen en psychische aandoeningen.

Zij vallen in de zorg ook vaker tussen wal en schip, omdat de meeste zorg niet toegerust is op de combinatie van complexe vragen op het gebied van de orthopedagogiek, de psychiatrie en het speciaal onderwijs. Wat de behandeling van jeugdigen met een LVB extra gecompliceerd maakt, is dat er tot nu toe geen bewezen effectieve psychologische behandelingen van de hoogste standaard voor hen zijn.

Wel zijn er steeds meer aanwijzingen dat jeugdigen met een LVB van cognitieve gedragstherapie (CGT) kunnen profiteren als deze aan hen aangepast is - in de wetenschap dat CGT de eerste keuze is bij de behandeling van een belangrijk deel van de psychische stoornissen bij normaalbegaafde leeftijdgenoten. Er is helaas weinig wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de toepassing van CGT bij jeugdigen met een LVB. Daarnaast is de kennis en ervaring vanuit de klinische praktijk met CGT bij deze doelgroep weinig ontsloten en toegankelijk.

De werkgroep 'CGT bij LVB en Psychiatrie' van de Academische Werkplaats Kajak heeft zich ten doel gesteld de bestaande kennis en ervaringen op het gebied van CGT bij jeugdigen met een LVB in kaart te brengen en een handreiking voor de klinische praktijk samen te stellen. Enerzijds wil de werkgroep daarmee een bijdrage leveren aan nadere profilering, validering en verantwoording van geprotocolleerd maatwerk als de professionele standaard. Anderzijds wil de werkgroep bouwstenen voor praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek aandragen en zo nader wetenschappelijk onderzoek stimuleren.

Deze handreiking is primair geschreven voor behandelaren die CGT aan deze doelgroep geven dan wel dat overwegen te doen (of dat juist beredeneerd niet willen doen). Daarnaast kan deze handreiking interessant zijn voor beleidsmedewerkers en onderzoekers om informatie over de stand van zaken wat betreft CGT bij jeugdigen met een LVB in te winnen en daar verder op voort te bouwen.

We willen alvast vijf kernboodschappen voor CGT bij jeugdigen met een LVB meegeven:

1. Een goede indicatiestelling is van groot belang, want ineffectieve behandeling kan schade berokkenen. Er geldt voor CGT niet: baat het niet, schaadt het niet.
2. De minimale voorwaarden om van CGT te kunnen profiteren zijn:
   - **a.** het herkennen van basisemoties bij zichzelf en anderen;
   - **b.** het onderscheid kunnen maken tussen verschillende basisemoties;

c. het onderscheid kunnen maken tussen gedachten, gevoelens en gedragingen;
d. het begrijpen van de samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag.

3. Bij CGT wordt het CGT-raamwerk gerespecteerd, maar flexibel ingezet om aan te sluiten bij de mogelijkheden van jeugdigen.
4. Voor het volbrengen van de behandeling zijn geduld en volharding nodig, met name bij terugvallen, beperkte klinische vooruitgang en laag tempo van generalisatie van aangeleerde kennis, houding en vaardigheden.
5. CGT kan niet als een op zichzelf staande therapie (stand-alone therapie) ingezet worden, maar is onderdeel van een integrale benadering, waarbij de jeugdige, de ouders en het systeem betrokken zijn.

Als laatste willen we benadrukken dat we deze handreiking zien als een werkdocument dat continu in ontwikkeling is en niet de pretentie heeft volledig te zijn. Reacties en suggesties zijn van harte welkom bij info@awkajak.nl.

1.1 Leeswijzer

In deze handreiking geven we in Hoofdstuk 2 een schets van onze doelgroep aan de hand van ontwikkelingsfasen en sterkte-zwakteprofielen. Daarna beschrijven we in Hoofdstuk 3 kort de basisonderdelen en de werkzame elementen van CGT in het algemeen, met een vertaalslag van theorie naar praktijk. In Hoofdstuk 4 gaan we dieper in op de effectiviteit van CGT bij jeugdigen met een LVB, evenals op de indicatiestelling, contra-indicaties en aanpassingen van CGT bij LVB. Zo maken we een nadere vertaalslag van het sterkte-zwakteprofiel naar corrigerende, compenserende en accepterende/dragelijker makende interventies om CGT LVB-*proof* te maken. Het accent ligt op individuele en kleinschalige groepstherapieën, aanvullend op de focus die van oudsher meer op een steunend, structurerend klimaat, mediatietherapie en competentiegericht werken ligt.

In Bijlage 1 staat een overzicht van stoornisspecifieke CGT-werkboeken, evenals van stoornisoverstijgende GCT-werkboeken. In Bijlage 2 staat een aantal overwegingen ten aanzien van de beoordeling van veelgebruikte CGT-interventies voor jeugdigen met een LVB. Bijlage 3 geeft een overzicht van handige (hyper)links naar de aangehaalde websites met werkboeken en referentiestukken.

2. Inleiding LVB

2.1 LVB-profielen

Jeugdigen met een LVB hebben een tragere cognitieve ontwikkeling en een lager mentaal ontwikkelingsplafond dan normaalbegaafde leeftijdgenoten. [1-4] Hun IQ-score ligt tussen de 50 en 70 en daarnaast zijn hun adaptieve vermogens (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden) beperkt. In Nederland maken jeugdigen met een IQ tussen de 70 en 85, en bijkomende complexe problematiek ook vaak gebruik van de zorg voor mensen met een LVB. Zij laten vaak vergelijkbare beperkingen op cognitief, neuropsychologisch, sociaal-cognitief, sociaal-emotioneel en gedragsmatig vlak zien.

Bij jeugdigen met een LVB ligt hun mentale ontwikkelingsplafond ongeveer tussen 9- en 12-jarige kalenderleeftijd. Ook als jongeren ouder worden, blijft de focus in hun gedachten, gevoelens en gedrag op het concrete, hier en nu liggen en zijn er problemen met abstraheren en generaliseren (zie Figuur 1).

Hun neuropsychologisch functioneren is ook meestal lager dan hun kalenderleeftijd, en soms zelfs lager dan hun cognitieve ontwikkelingsleeftijd. Overeenkomstig hun ontwikkelingsleeftijd, kennen zij problemen met aandacht, geheugen, planning, organisatie, inhibitie, tempo en taal. [5-9] Qua selectieve aandacht en verbaal werkgeheugen functioneren zij zelfs onder hun ontwikkelingsniveau, in het bijzonder bij complexe, meervoudige taken.

Wat betreft hun sociaal-cognitieve en sociaal-emotionele functioneren, is er bij jeugdigen met een LVB , vergeleken met normaal begaafde leeftijdgenoten, vaker sprake van tekorten (*deficiencies*) en scheefgroei/vertekening (*biases/distortions*). [1] [7] [10-12] Dit komt tot uiting in concrete, eenzijdige en op korte termijn gerichte oplossingsstrategieën om eigen belangen en gevoelens of die van anderen te behartigen. Aan de andere kant loopt de ontwikkeling van interesses, seksualiteit en lichamelijke functies meer in pas met de normgroep (d.w.z. normaalbegaafde leeftijdgenoten).

Daarnaast focussen zij zich meer op bedreigende informatie en interpreteren ze ambigue informatie vaker negatief. Zij vinden het moeilijker alternatieven voor hun handelingen te bedenken en daarin een juiste afweging te maken. Zij geven vaker de voorkeur aan agressieve of juist vermijdende oplossingsstrategieën. Omdat deze sociaal onhandige strategieën vaak niet opvallen en door een vlotte presentatie gemaskeerd kunnen worden, lopen zij kans om overschat en overvraagd te worden.

Als we kijken naar de sociale omgeving van jeugdigen met een LVB, dan zien we dat ze meer dan gemiddeld uit multiprobleemgezinnen komen (inclusief een LVB, psychische stoornissen en een lage sociaaleconomische status bij hun ouders) en een kleiner steunend netwerk hebben. Bovendien zijn zij meestal op speciaal onderwijs aangewezen, verlaten

Figuur 1. LVB-profielen in een notendop.

Beperkingen cognitieve functies

- Tragere ontwikkeling en lager plafond (max~12 jaar).
- Concreet-operationele fase plafond: logisch redeneren (als, dan), waarneming corrigeren door na te denken, beperkte decentratie (je op meer dan één aspect kunnen richten), innerlijke taal, uitproberen (trial & error) reversibiliteit (proces in gedachten om kunnen draaien).
- Niet goed in staat om hypothetisch, deductief en combinatorisch te redeneren (herkennen van allerlei invalshoeken, overzien van van voor- en nadelen van bepaalde stappen, flexibel inspelen op wisselende omstandigheden, op rationele wijze tot besluiten komen).
- Moeite met leren, generaliseren en abstraheren.

Beperkingen neuropsychologische functies

- Lager dan kalenderleeftijd, overeenkomstig ontwikkelingsniveau: aandacht, geheugen, inhibitie, mentale flexibiliteit.
- Lager dan ontwikkelingsniveau: selectieve aandacht en verbaal geheugen.
- Moeite met het scheiden van hoofd- en bijzaken.
- Moeite met het leggen van verbanden.
- Moeite met zelfregulatie.

Beperkigen sociaal-cognitieve/sociaal-emotionele functies

- Tragere ontwikkeling en lager plafond (max~12 jaar).
- Subjectief perspectief nemen soms lastig.
- Veel moeite met zelfreflectie en wederzijds perspectief nemen.
- Bij stress parallellen met peuter- en kleuterniveau (overspoeling/regressie).
- Selectieve vertekeningen: aandacht (bijv. begreigende aspecten), interpretatie (vaker vijandige interpretaties) en geheugen (beter onthouden negatieve gebeurtenissen.)
- Moeite met zelfinzicht, zelfregulatie en zich sociaal adequaat staande houden.

Beperkingen in sociale omgeving

- Hogere kans op problemen 1ste leefmilieu (multiprobleem gezin, lage SES, ouders met een LVB, negatieve ervaringen in de kindertijd leiden tot een hoger risico op complex trauma (bijvoorbeeld verwaarlozing, mishandeling).
- Binnen 2de leefmilieu vergrote kans op speciaal onderwijs, vroegtijdige uitval, Wajong/WIA.
- Binnen 3de leefmilieu vergrote kans op een klein steunend netwerk, criminele, drugs-, loverboy/girl- en of zwerverscircuit, leven aan de rand van de maatschappij.

ze school niet zelden zonder startkwalificatie en zijn ze vaker werkloos.

Deze achterstanden en scheefgroei in de cognitieve, neuropsychologische, sociaal-cognitieve, sociaal-emotionele en gedragsmatige ontwikkeling, plus een minder optimale sociale omgeving, beperken de mogelijkheden van jeugdigen met een LVB om hun ontwikkelingstaken op conceptueel, praktisch en sociaal gebied adequaat te verrichten. Hun ontwikkeling wordt vaak nog eens extra belemmerd door overschatting van hun mogelijkheden en onderschatting van hun beperkingen door anderen en zichzelf.

Jeugdigen met een LVB zijn oververtegenwoordigd in het criminele, drugs-, *loverboys/girls*- en zwervers-circuit. [11] [13-17] Tot slot zijn zij in de zwaarste vormen van jeugdzorg oververtegenwoordigd, zoals in de JeugdzorgPlus-instellingen en de justitiële jeugdinrichtingen. [4] [14] [18] [19]

2.2 LVB & psychiatrie

Volgens de meest recente schattingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau kampen ruim 195.000 kinderen en adolescenten tot 20 jaar oud met een IQ-score tussen de 50 en 85 in Nederland met een beperkte sociale redzaamheid. [20] Wanneer jongvolwassenen tot en met 21 jaar oud met dezelfde kenmerken meegerekend worden, gaat het in totaal om ruim 260.000 jeugdigen. De meeste voorzieningen voor (jeugd)zorg voor deze doelgroep gaan namelijk tot deze leeftijd.

De meeste van de kinderen, adolescenten en jongvolwassenen in kwestie zijn op (een combinatie van) lichtere vormen van dezelfde algemene en gespecialiseerde voorzieningen aangewezen, verhoudingsgewijs meer dan normaalbegaafde leeftijdgenoten. [4] [11] [20-22] Ongeveer 10% van de kinderen en adolescenten is echter op zwaardere vormen van specialistische (jeugd)zorg aanwezen, verhoudingsgewijs meer dan normaalbegaafde leeftijdgenoten.

Jeugdigen met een LVB hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van problemen met zichzelf en anderen in het eerste (thuis), tweede (school, stage en werk) en derde leefmilieu (vrienden en vrije tijd). [17] [23-28] Zij hebben een 2,8 tot 4,5 maal grotere kans op het ontwikkelen van één of meer psychisch stoornissen dan normaalbegaafde leeftijdgenoten (30-50% versus 8-18%). [29-31]

Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, zoals ADHD, een oppositioneel, opstandige dan wel normoverschrijdende gedragsstoornis, autismespectrumstoornissen en ticstoornissen komen bij hen vaker voor. Angst- en stemmings-toornissen komen bij hen eveneens vaker voor, al dan niet in combinatie met de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Bovendien hebben deze stoornissen een betrekkelijk chronisch en stabiel karakter en komen deze bij opgenomen jeugdigen met een LVB meer voor. [17] [25] [32-34]

Alhoewel jeugdigen met een LVB en psychische stoornissen vaker op specialistische jeugdzorg aangewezen zijn, blijkt dat degenen die behandeling op het snijvlak van de jeugd-GGZ en jeugdzorg-LVB behoeven vaak tussen wal en schip vallen. De specialistische, tweedelijns jeugdzorgvoorzieningen zijn meestal onvoldoende toegerust om een antwoord op alle problemen en hulpvragen van deze kinderen en jeugdigen in kwestie te kunnen geven. [4] [21] [27] Complicerende factor is dat LVB meestal een contra-indicatie voor de reguliere therapieën is en dat er nog geen bewezen effectieve psychologische therapieën voor deze LVB-doelgroep met psychische problematiek zijn die aan de hoogste standaard voldoen.

3. Cognitieve gedragstherapie algemeen

De kerngedachten achter cognitieve gedragstherapie zijn dat psychische klachten ontstaan en/of in stand gehouden worden door disfunctionele gedachten en de notie dat er een wisselwerking is tussen cognities, gevoelens en gedrag. CGT is een psychotherapie die mensen, voornamelijk door denk- en doe-oefeningen, leert om anders tegen problematische situaties aan te kijken (denkfouten opsporen) en om daar anders mee om te gaan (*modelling*, operante conditionering en cognitieve herstructurering). In CGT wordt het gedrag en de gedachten die de problemen in stand houden, besproken en behandeld. De therapie kan ongeveer drie maanden tot één jaar duren en wordt bij kinderen, jeugdigen en volwassenen, meestal vanaf een mentale ontwikkelingsleeftijd van een jaar of 8 ingezet. Zie voor meer informatie de websites van het Nederlands Jeugdinstituut (NJi) en de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapieën (VGCT).

3.1 Het cognitief gedrags-therapeutisch proces

Het zorgvuldig doorlopen van het cognitief gedragstherapeutisch proces is van belang om tot geprotocolleerd maatwerk en optimale therapie-effecten te komen (zie Tabel 1). Alvorens tot een aanmelding voor CGT te komen, is het van belang dat:

- het helder is wat er op kind-, ouder- en systeemniveau aan de hand is (diagnostiek);
- de diagnose op kind-, ouder- en systeemniveau begrepen en geaccepteerd wordt en er zo adequaat mogelijk mee omgegaan wordt (psycho-educatie);
- er een of meer problemen 'overblijven' na het doorlopen van de eerste twee stappen die met de psychische stoornis bij de jeugdige verband houden. Deze problemen kunnen redelijkerwijs onvoldoende met een lichtere, minder specialistische interventie opgelost, verminderd of dragelijker worden.

Als niet aan de therapievoorwaarden of indicatie-stelling voldaan is, dan is het van belang een of meer stappen in het traject terug te (laten) zetten om zo tot een heldere indicatie of een alternatief te komen. [4] [35-38]

3.2 Psychische stoornissen met CGT als voorkeurstherapie

CGT behoort tot de eerste keuze bij de behandeling van een belangrijk deel van de psychische stoor-nissen - ook wel voorkeurtherapie genoemd - bij kinderen, jeugdigen en (jong)volwassenen die op normaalbegaafd niveau functioneren, aldus de GGZ-zorgstandaarden van AKWA GGZ (Alliantie Kwaliteit in de Geestelijke Gezondheidszorg) en de praktijkstandaarden van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KC KJP). In Tabel 2 staat wanneer en eventueel in combinatie met welke andere behandelingen CGT bij voorkeur ingezet kan worden volgens deze standaarden.

Tabel 1. Het cognitief gedragstherapeutisch proces.

Diagnostiek	De diagnostiek kan - op indicatie - bijvoorbeeld betrekking hebben op: klachtenanamnese, heteroanamnese, ontwikkelingsanamnese, systeemtaxatie, medisch en psychiatrisch onderzoek, intelligentieonderzoek, neuropsychologisch onderzoek, in het bijzonder de executieve functies, sociaal-cognitief, sociaal-emotioneel en persoonlijkheidsonderzoek, didactische gegevens, plus informatie over het functioneren thuis, op school en in de vrije tijd/met leeftijdgenoten. Op basis van de diagnostische bevindingen worden topografische analyses (TA's), functieanalyses (FA's) en betekenisanalyses (BA's) gemaakt en wordt er van daaruit een holistische theorie (HT) opgesteld, resulterend in een beschrijvende diagnose (casusconceptualisatie).
Diagnostische bespreking	Bij de diagnostische bespreking met de jeugdige en ouders/verzorgers is het belangrijk rekening te houden met de belevingswereld en het begripsniveau. Visualisatie kan helpen om de probleemsamenhang te verhelderen. Vervolgens wordt onderzocht of en zo ja in hoeverre en op welke wijze zij de uitkomsten herkennen om van daaruit - al dan niet met hulp - tot een hulpvraag en vraagstelling te komen. Zij kunnen als extra controle in eigen woorden vertellen wat ze als probleem of problemen ervaren, evenals wat ze zouden willen om er minder last van te hebben (hulpvraag).
Hulpvraag, doelen en advies	De hulpverlener pluist met hen de hulpvraag uit en komt met hen tot een concrete vraag. Mochten jeugdigen en ouders/verzorgers geen hulpvraag hebben maar anderen uit hun omgeving wel, dan kan een systeemgerichte aanpak helpend zijn om tot een eventuele hulpvraag te komen. De hulpverlener let op de mimiek tijdens het gesprek en vraag deze uit: komt wat zij zeggen en uitstralen overeen met hoe ze zich voelen? De doelen van de hulpverlening moeten betekenisvol voor hen zijn. Het is van belang dat zij inschatten dat ze invloed op het behalen van de doelen kunnen uitoefenen. Nemen zij bijvoorbeeld zelf beslissingen of laten ze zich meer leiden door de mening van anderen? De antwoorden op vragen daarover kunnen inzicht geven in de zogenaamde locus of control of beheersingsoriëntatie. Bijvoorbeeld: "Wanneer kocht je voor het laatst nieuwe kleren? Wie koos ze uit?" Het effect van CGT is vaak minder bij een zogeheten externe locus of control. De hulpverlener beoordeelt - als CGT geïndiceerd zou kunnen zijn - of en zo ja in hoeverre en op welke wijze zij aan de minimale voorwaarden daarvoor voldoen: **1)** het herkennen van basisemoties bij zichzelf en anderen; **2)** het onderscheid kunnen maken tussen verschillende basisemoties; **3)** het onderscheid kunnen maken tussen gedachten, gevoelens en gedragingen; **4)** het begrijpen van de samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag.
Samenwerking	De hulpverlener heeft aandacht voor de samenwerking met andere hulpverleners, zoals de (huis)arts. De hulpverlener bespreekt met jeugdigen en ouders/verzorgers of en zo ja hoe er ondersteuning bij de therapie geboden kan worden door mensen uit het sociale netwerk. De hulpverlener bespreekt met hen en degenen die ondersteuning bieden de voordelen van ondersteuning en maakt afspraken over de werkwijze en vertrouwelijkheid. Degenen die ondersteuning bieden, helpen de jeugdige te leren inzien hoe zij positieve veranderingen in hun leven kunnen bewerkstelligen. De hulpverlener probeert jeugdigen en ouders/verzorgen zo min mogelijk afhankelijk te maken van de ondersteuners. Aan het einde van het gesprek worden de problemen en het behandeladvies samengevat. Mochten er twijfels zijn, dan kunnen een motivatietraject, een of meer proefsessies of pre-treatment overwogen worden; iets wat eveneens voor andere interventies geldt, zoals psycho-educatie, vaktherapie en methodische ouderbegeleiding/systeemtherapie.

Tabel 2. Psychische stoornissen met CGT als keuzetherapie bij mensen zonder LVB.

Stoornissen	Lichte tot matige klachten	Ernstige/complexe klachten
Angststoornis [39-41]	1ste keuze	Combinatie met medicatie
Depressieve stemmingsstoornis [42-44]	1ste keuze	Combinatie met medicatie
Dwangstoornis [45] [46]	1ste keuze (+ exposure & responspreventie)	Combinatie met medicatie
Eetstoornis: [47-49] ▪ **Boulimia nervosa** ▪ **Anorexia nervosa**	1ste keuze Combinatie multidisciplinaire behandeling kind, ouder, systeem	Beide: combinatie multidisciplinaire behandeling kind, ouder, systeem
PTSS [50] [51]	1ste keuze naast EMDR	Combinatie met medicatie
Psychotische stoornis [52-55]	Combinatie met medicatie	Combinatie met medicatie
Slaapstoornis [56-58]	1ste keuze	Combinatie met medicatie
ADHD [41] [59] [60]	Combinatie met integrale multidisciplinaire behandeling kind, ouder, systeem	Combinatie met integrale multidisciplinaire behandeling kind, ouder, systeem
ODD [41] [61]		
CD [61]		
Autisme [62]	2de of 3de keuze (gericht op ontwikkeling & adaptief functioneren)	Combinatie met integrale multidisciplinaire behandeling kind, ouder, systeem
Ticstoornis [63]	1ste keuze (*habit reversal* en *exposure* of *exposure* en responspreventie)	Combinatie met medicatie

Noot: PTSS=posttraumatische-stressstoornis; ADHD=aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; ODD=oppostioneel-opstandige gedragsstoornis; CD=normoverschrijdende gedragsstoornis.

3.3 Het kadergesprek als opmaat voor CGT

In de klinische praktijk zijn ouders/verzorgers meestal de opdrachtgevers, met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Het kadergesprek vormt de start van de therapie bij kinderen en jeugdigen. Dit is een gesprek met ouders, kind en therapeut waarbij aan het kind wordt uitgelegd waarom het in therapie gaat, bij wie en wat het inhoudt. Ook komt aan de orde dat de ouders op hun beurt hulp krijgen. Een formeel aspect van het kadergesprek is dat er recht wordt gedaan aan de positie van de ouder als opdrachtgever voor de behandeling en aan de positie van het kind als van de volwassene afhankelijke, belangrijke participant. In het kadergesprek leggen ouders aan hun kind uit wat de aanleiding en bedoeling van de therapeutische onderneming zijn. Hierin worden zij ondersteund door de therapeut of ouderbegeleider. Daar waar nodig kunnen zij bepaalde uitspraken of thema's uitlichten en praktische uitleg geven over de te verwachten gang van zaken. Ouders leggen uit welke zorgen zij hebben en wat ze wensen voor hun kind, op welke punten zij tekortgeschoten zijn of onmachtig waren hun kind te helpen en benoemen gebeurtenissen die te maken hebben met de klachten. Ouders geven hun mandaat aan de therapeut om met hun kind te mogen werken. [64]

CGT bestaat meestal uit de volgende zes min of meer vaste methoden en technieken die flexibel binnen het CGT toegepast worden om tot geprotocolleerd maatwerk te komen:

1. psycho-educatie (gerelateerd aan de hulpvraag, doelen en therapie);
2. exposure met responsepreventie;
3. ontspanningsoefeningen;
4. oplossings- en sociale vaardigheden;
5. operant conditioneren en *modelling*;
6. cognitieve herstructurering van disfunctionele gedachten.

3.4 Effecten van CGT bij niet-LVB

"(Cognitief) gedragstherapeutische interventies gericht op de jeugdige zelf geven [van alle psychotherapieën] de meest robuuste en consistente therapie-effecten; alleen bij dit type interventie worden significante therapie-effecten gerapporteerd door alle informanten" [41] "(....) psychotherapie is verreweg het effectiefst bij angst (d = 0.61; middelgroot effect na behandeling) en het minst effectief bij depressie (d = 0.29; klein effect na behandeling). De effecten van psychotherapie bij gedragsproblemen (d = 0.46) en ADHD (d = 0.34) liggen daar tussenin."

Vijftig tot 75% van de mensen heeft baat bij CGT, in de zin van significante verbetering. [41] Ruim de helft van de jeugdigen met een angststoornis herstelt door CGT, terwijl dat percentage bij een depressieve stemmingsstoornis ± 60% bedraagt en bij dwangstoornissen ± 65% is. [41] [65] Over de meeste andere stoornissen bij kinderen en jeugdigen ontbreken dergelijke gegevens uit *state-of-the-art* studies volgens de hoogste standaard.

De werkzame elementen kunnen overigens per stoornis verschillen. Bij angststoornissen staan exposure, ontspanningsoefeningen en cognitieve interventies in de top 3 en bij depressie staan cognitieve interventies, psycho-educatie en terugvalpreventie het hoogst op de lijst. [41] Daarentegen staan bij ADHD complimenten geven, gebruik van tastbare beloningen en psycho-educatie aan ouders bovenaan, terwijl bij gedragsstoornissen juist complimenten geven, time-out en gebruik van tastbare beloningen hoog op de lijst staan.
Deze differentiatie komt in de recentere, stoornis-specifieke CGT-werkboeken terug (zie Bijlage 1 voor een uitgebreid overzicht van stoornisspecifieke CGT-werkboeken).

4. CGT bij LVB

4.1 Achtergrond

Er zijn geen bewezen effectieve psychologische behandelingen bij mensen met een LVB en een psychische stoornis volgens de hoogste norm van de effectiviteitsladder (namelijk RCTs). [66-68] Wel zijn er steeds meer aanwijzingen die in een positieve richting wijzen wat betreft het effect van CGT bij mensen met een LVB. CGT bij mensen met een LVB omvat - net als bij normaalbegaafde leeftijdgenoten:

- specifieke doelen: eenvoudige, haalbare en concreet omschreven doelen;
- observeerbare doelen: jeugdigen moeten veranderingen kunnen ervaren en zien wat wel en niet werkt (motiverende factor);
- positief beschreven doelen: nieuwe kennis, houding en vaardigheden leren of sterker maken;
- in tijd begrensde doelen: doelen moeten haalbaar zijn binnen een bepaalde tijd om zo betrokkenheid en motivatie te behouden. Genoeg tijd voor het oefenen in bekende en nieuwe situaties incalculeren.

4.2 Effectiviteit CGT bij LVB en psychische stoornissen: volwassenen

Er zijn bij volwassenen met een LVB en een psychische stoornis steeds meer aanwijzingen dat CGT tot een klinisch herstel van psychische symptomen leidt (het opheffen of verminderen van symptomen). Hetzelfde geldt voor competentievergroting, zoals:

- functioneel herstel, in het bijzonder gericht op executieve functies die door de stoornis aangedaan zijn;
- maatschappelijk herstel, met speciale aandacht voor participatie en rollen in de leefmilieus;
- persoonlijk herstel, met speciale aandacht voor het hervinden van betekenisverlening, grip op eigen leven, identiteit en verbondenheid met anderen. De elementen in persoonlijk herstel kunnen worden samengevat in het acroniem *CHIME: Connectedness, Hope, Identity, Meaningfull and Empowering.* [69]

De schaarse *state-of-the-art* studies bij volwassenen met een LVB wijzen op middelgrote tot grote effecten. [36] [70-73]

CGT bij LVB is vooral bij angst, agressie en depressie onderzocht. De effectgroottes zijn over het algemeen genomen gelijk aan of lager dan bij normaalbegaafde volwassenen, zij het dat de effecten bij toenemende mate van 'LVB-aanpassingen' hoger zijn dan bij therapieën die voor een algemene populatie bedoeld en getoetst. [35] [36] [73] [74] Met meer of minder LVB-aanpassingen wordt bedoeld in hoeverre met LVB-profielen rekening gehouden wordt, in de zin van tekorten, scheefgroei of vertekeningen. Zie Figuur 1 *LVB-profielen* en Tabel 1 *Mentale ontwikkelingsleeftijd voor nadere uitleg.*

Tabel 3. Effecten van aanpassingen CGT bij mensen met een LVB.

Effect van aanpassingen CGT bij LVB			
Groter effect	***Kleiner effect***	***Toelichting***	***Referenties***
Meer LVB-aanpassingen	Minder LVB-aanpassingen	Meer of minder op maat gesneden om mogelijkheden te benutten en beperkingen te corrigeren, te compenseren dan wel te accepteren.	35
Meer geprotocolleerd maatwerk	Minder geprotocolleerd maatwerk	Meer of minder binnen het protocol vasthouden aan het CGT-model, in het bijzonder met betrekking tot modulaire toepassing van de werkzame elementen combineren met afstemmen op het LVB-profiel *(flexibility within fidelity).*	35 37 76
Meer doe-gericht	Meer denkgericht	Gedragsexperimenten, *modelling*, oefeningen, ontspanningstechnieken, vaardigheidstrainingen, rollenspelen en eenvoudige, helpende gedachten aanreiken versus complexe taken, zoals cognitief uitdagen, cognitief herstructureren en gedragsexperimenten om hypothesen over disfunctionele gedachten te toetsen.	36 37 76-78
Individueel	Groep	Individueel meer op maat gesneden. De groep kan als meer bedreigend ervaren worden, leidend tot een grotere kans op zichzelf gerichte aandacht, veiligheidsgedrag en vermijding, plus overvraging en *group deviancy*; iets wat voor normaalbegaafde *peers* hetzelfde geldt.	35 43
Kleine groep van maximaal 4	Grotere groep	In een kleinere groep kan meer persoonlijke aandacht gegeven worden en de stof meer op maat gesneden worden.	35 37 40 76
Meer actieve betrokkenheid van het sociale netwerk	Minder actieve betrokkenheid van het sociale netwerk	Gericht op fiattering, motivatie, steun en structuur, toepassing en uitbreiding van het geleerde en terugvalpreventie.	35 37 40 76

4.2.1 Effect van aanpassingen CCT bij LVB en psychische stoornissen

In de schaarse *state-of-the-art* studies naar CGT bij mensen met een LVB en psychische stoornissen worden impliciet of expliciet overwegingen meegegeven om CGT op maat te snijden (zie bijvoorbeeld 5 10 71-73 75).

In Tabel 3 staat een overzicht met de effecten van mogelijke aanpassingen bij het inzetten van CGT bij mensen met een LVB. Twee kanttekeningen zijn bij het overzicht op hun plaats, namelijk dat: **1)** de effectgroottes en significantieniveaus meestal onvermeld blijven; **2)** vaak in het midden gelaten wordt of het om *evidence-based* kennis, *practise-based* kennis of een mix gaat. Uitgaande van het belang van een combinatie van een wetenschappelijk, cliënt- en therapeutperspectief, kunnen ze evenwel als zoeklicht fungeren om zaken te belichten of eruit te lichten en deze in de overwegingen mee te nemen.

Tabel 4. Spanningsvelden bij off-label CGT.

Onderdeel	Beschrijving	Spanningsveld
Moment van starten	Eén of meer van de stappen in het traject van aanmelding, intake, diagnose, psycho-educatie en indicatiestelling overslaan en direct met een CGT-werkboek aan de slag gaan.	Snel hulp bieden versus een slag in de lucht slaan.
Indicatiestelling	CGT bij begeleidings-, faseproblematiek- of levensloopvragen geven.	Ondersteuning (care) versus daarvoor niet bedoelde therapie (cure) zoals ondersteuningsvragen op het gebied van begeleiding en faseproblematiek.
Afsluiting	Trajecten met een open einde of een afgebakend, behandelbaar probleem en traject.	Mateloze zorg versus zorg op maat.
Indicatiestelling	CGT toepassen zonder dat deze voor het probleem de eerste of tweede keuze voor behandeling is.	'Beter iets dan niets' versus suboptimale of zelfs averechtse therapie-effecten (bijvoorbeeld verslechtering van het psychiatrisch toestandsbeeld, vertrouwen verliezen, voortijdig stoppen en zorg mijden).
Methode niet aanpassen aan LVB	CGT toepassen zonder dat deze op maat gesneden is, bijvoorbeeld een CGT-werkboek voor normaalbegaafde leeftijdgenoten 1-op-1 volgen.	'Beter iets dan niets' versus suboptimale of zelf averechtse therapie-effecten.
Therapeutische bekwaamheid	CGT toepassen zonder dat de therapeut onvoldoende bekwaam is om 'LVB-aangepast' te werken.	'Beter iets dan niets' versus suboptimale of zelf averechtse therapie-effecten.
Randvoorwaarden LVB	CGT toepassen zonder dat er een sociaal netwerk actief betrokken is om deze hulp aan te gaan, vol te houden en positief af te ronden. Het sociaal netwerk werkt stuttend en steunend op het gebied van huiswerk, transfer, generalisatie, consolidatie en terugvalpreventie.	'Beter iets dan niets' versus suboptimale of zelf averechtse therapie-effecten.

4.2.2 Off-label gebruik van CGT bij LVB en psychische stoornissen

De werkgroep adviseert kritisch te (blijven) kijken naar de overwegingen en het mogelijke spanningsveld bij *off-label* gebruik van CGT bij jeugdigen met een LVB. In de klinische praktijk blijkt CGT bij de LVB & psychiatrie-doelgroep *off-label* gebruikt te worden, in de zin van afwijken van het cognitief gedragstherapeutisch proces (zie Tabel 4).

Er liggen meestal pragmatische overwegingen aan ten grondslag, uiteenlopend van:

- aanwezigheid van het één en afwezigheid van het ander, bijvoorbeeld wel CGT en geen geestelijk verzorger;
- compensatie van een tekort aan socio- en vaktherapie;
- gebrek aan tijd, ruimte en middelen;
- tot toch al een therapeutische werkrelatie hebben en een of meer vragen erbij oppakken.

Het is in de klinische praktijk vaak roeien met de riemen die er zijn, al is het in sommige gevallen de vraag in hoeverre het uitgangspunt van beter iets dan niets opweegt tegen langer de tijd nemen en tot betere resultaten kunnen komen en de risico's van averechtse effecten. Het belang van het doorlopen van het cognitief gedragstherapeutisch proces van aanmelding tot en met afsluiting wordt in handboeken juist onderstreept om tot zorg op maat en daarmee tot optimale therapie-effecten te komen (zie bijvoorbeeld [37] [76]). Er wordt daarin voor pragmatisme gepleit, maar dan in de zin van flexibiliteit binnen het CGT-kader. Mocht er noodgedwongen van afgeweken worden, dan dient dat welbewust te gebeuren en rekening met averechtse effecten gehouden te worden, zo luidt de vuistregel.

4.3 Effectiviteit CGT bij LVB en psychische stoornissen: jeugdigen

De weinige *state-of-the-art* studies naar CGT bij jeugdigen met een LVB wijzen op kleine tot middelgrote effecten van CGT. [10] [74] [79] [80] Ondanks de beperkte bewijslast, wordt CGT bij LVB in de praktijk veel gebruikt. Duidelijk is dat er meer onderzoek nodig is naar CGT bij LVB.

In Bijlage 1 (stoornisspecifieke CGT-werkboeken) zien we dat slechts één interventie specifiek ontwikkeld voor jeugdigen met een LVB en psychische problematiek in de NJi database het predicaat 'goed theoretisch onderbouwd' krijgt of eerder gekregen heeft: 'Samen Stevig Staan' voor jeugdigen met een LVB en een gedragsstoornis en hun ouders. Daarnaast zijn er nog vijf stoornisoverstijgende therapieën gericht op het trainen van zelfregulatievaardigheden bij LVB-jeugdigen die ook als 'goed theoretisch onderbouwd' worden beschouwd door het NJi: 'Brains4use', 'Take it personal!', 'Doen wat werkt', 'Training agressie controle plus' en 'In control! LVB'. Verder worden er vier interventies door het NJi genoemd die niet voor jeugdigen met een (L)VB zijn ontwikkeld, maar volgens het NJi wel bij deze doelgroep ingezet kunnen worden, namelijk: 'Families First', 'Open en Alert', 'Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD)' en 'Taakspel'. PAD krijgt van het NJi de kwalificatie 'effectief volgens sterke aanwijzingen', Taakspel 'effectief volgens goede aanwijzingen', Families First 'effectief volgens eerste aanwijzingen' en Open en Alert krijgt de kwalificatie 'goed onderbouwd'. In Bijlage 2 wordt ter overweging een aantal kanttekeningen bij de NJi database Effectieve Interventies geplaatst.

4.4 Indicatie- en contra-indicatiestelling bij jeugdigen met LVB en psychische stoornis

In Figuur 2 staat het proces van indicatie- en contra-indicatiestelling schematisch weergegeven. Een belangrijk onderdeel voor het slagen van CGT bij LVB, dat in de praktijk vaak geheel of gedeeltelijk wordt overgeslagen, is na te gaan of er voldaan is aan de therapievoorwaarden. Is er sprake van een afgebakende, te beantwoorden hulpvraag waarvoor CGT de eerste keuze voor behandeling is? Of is er een *off-label* vraag, zoals bij een begeleidings-, faseproblematiek-, diagnostiek-, psycho-educatie- of consultatie & adviesvraag dan wel bij een open einde vraag (zie Tabel 3).

Een tweede belangrijk onderdeel bij de indicatie-stelling is de ontwikkelingsleeftijd, met name wat betreft het herkennen van emoties, mentaliseren en verbanden kunnen leggen (zie ook Tabel 1). Bij kinderen met een ontwikkelingsleeftijd lager dan 6 jaar oud is vaktherapie te prefereren. Deze vaktherapie kan werken aan bouwstenen voor en voorlopers van CGT, zoals aandacht- en emotieregulatie en mentaliseren. Het betreft beeldende, creatieve of psychomotore therapie

Figuur 2. Schema CGT bij jeugdigen met een LVB.

Stap 1. Diagnostiek en indicatiestelling

A. Aard van de psychiatrische problematiek

- Angststoornis
- Depressieve stemmingsstoornis
- Dwangstoornis
- PTSS
- Eetstoornis
- Slaapstoornis
- Ticstoornis

Overige stoornissen/ psychiatrische of pedagogische crisis. → CGT niet eerste keuze. Combinatie CGT met andere therapie.

B. Kindfactoren: sterke & zwakke functies (mentale leeftijd)

- Cognitief: verbaal redeneren/begrip.
- Sociaal-emotioneel: emoties herkennen/perspectief nemen.
- Neuropsychologisch: werkgeheugen, selectieve aandacht, initiatief nemen.
- Motivatie voldoende.

Mentale leeftijd (ML) <6jaar. → Geen CGT. Wel vaktherapie.

Mentale leeftijd (ML) 6-8 jaar. → Geen CGT. Wel GT.

C. Sociale context

Volwassene(n) actief betrokken, gemotiveerd en emotioneel beschikbaar bij formuleren hulpvraag en uitvoering CGT?

Nee → CGT niet eerste keuze.

Snel te creëren? Oplossingsgericht werken, motiverende gespreksvoering, dwang en drang.

D. Overige voorwaarden voor CGT

- Psycho-educatie afgerond
- Hulpvraag helder
- Informed consent ouder(s) en kind

→ CGT.

(PMT), dan wel dans-, drama-, muziek-, of speltherapie, aansluitend bij de belangstelling of voorkeur van de jeugdige met een LVB (www.affectregulerendevaktherapie.nl). [4] [81]

Bij een ontwikkelingsleeftijd van 6 jaar en ouder kan CGT in diverse vormen geïndiceerd worden. Bij een sociaal-cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd van 6 jaar en ouder kunnen mensen emoties bij zichzelf en anderen herkennen en kunnen ze nadenken over eigen gedachten en die van anderen. Vanaf deze leeftijd groeit ook het inzicht in het verband tussen gedachten, gevoelens en gedragingen (3G's), maar bij kinderen met een ontwikkelingsleeftijd van 6 tot 8 jaar kan men als vuistregel beter niet voor *cognitieve* gedragstherapie kiezen. Gedragstherapie zonder de primaire focus op cognitieve elementen is dan meer geïndiceerd.

Vanaf de ontwikkelingsleeftijd van 8 jaar kan CGT geïndiceerd worden. De therapie kan dan gebruik maken van cognitieve verworvenheden zoals basisniveau lezen, schrijven en rekenen ten behoeve van CGT. Te denken valt aan 3G's, eenvoudige helpende gedachten, emotiekaarten, gevoelsthermometers en stoplichten die binnen en buiten de therapie als hulpmiddelen gebruikt worden. Vanaf een ontwikkelingsleeftijd van 8 jaar groeit het vermogen expliciet de focus te kunnen leggen op bepaalde aspecten, hoofd- en bijzaken uit elkaar kunnen halen, verbanden te kunnen leggen en stappenplannen kunnen toepassen om het zelfinzicht en de zelfregulatie te vergroten.

Bij kinderen met een ontwikkelingsleeftijd van 10 tot 12 jaar oud verwachten we meer complexere, praktische en (inter)persoonlijke oplossings-strategieën, zoals 'helpende gedachten tegenover niet-helpende gedachten zetten', 'peptalk tegen zichzelf' en 'stop denk doe-methode' toepassen.

Dubbele gevoelens en tegenstrijdige beweegredenen blijven lastig, evenals het tegelijkertijd rekening houden met eigen belangen en die van anderen en van daaruit tot middenwegen komen. Lang niet alle mensen met een LVB halen echter een mentale ontwikkelingsleeftijd-equivalent van 10 jaar of ouder. Het didactische ontwikkelingsplafond ligt bij veel mensen met een LVB bijvoorbeeld bij 9 jaar. [4] [27] [82] Bovendien functioneren mensen bij hoogoplopende stress over het algemeen op een lager niveau.

Bij mensen met een ontwikkelingsleeftijd van 12 jaar of ouder zijn er mogelijkheden om cognitief uit te dagen en cognitief te herstructureren (meer formeel, abstract denkniveau), zoals bij reguliere CGT gewoon is.

Een derde belangrijk onderdeel is de vraag in hoeverre er sprake is van gezamenlijke besluitvormen *(shared decision making)*. Is er bijvoorbeeld sprake van *informed consent* op vrijwillige basis en wil hij/zij zelf aan oplossingen werken? Of is er juist sprake van de positie en rol van bezoeker of klager? In hoeverre en op welke wijze geven de ouders/verzorgers toestemming en (onder)steunen ze de therapie? Zo niet, dan is er kans op een loyaliteitsconflict en is er voor het kind of de jeugdige (te) weinig steun bij het oefenen in dagelijkse situaties en gemotiveerd blijven.

Psychotherapie, inclusief CGT, is tot slot niet geïndiceerd wanneer:

- er sprake is van een crisis of wanneer er hindernissen op de weg zijn die eerst aandacht behoeven om van de therapie te kunnen profiteren;
- de cliënt - ook na psycho-educatie en motiverende gespreksvoering - een behandeling met psychotherapie weigert;
- er sprake is van ernstige sociaal-maatschappelijke instabiliteit die een succesvolle uitvoering van de psychotherapeutische behandeling in de weg staat;
- er sprake is van ernstige cognitieve beperkingen die toepassing van specifieke psychotherapeutische behandeling in de weg staan, zelfs wanneer de behandeling is aangepast aan cognitieve beperkingen. [67]

4.5 Specifieke aanpassingen CGT bij jeugdigen met een LVB, rekening houdend met het sterkte-zwakteprofiel

CGT behoort tot de eerste keuze bij de behandeling van een groot aantal psychiatrische stoornissen bij kinderen, jeugdigen en (jong)volwassenen die op normaalbegaafd niveau functioneren, en er zijn steeds meer aanwijzingen dat jeugdigen met een LVB eveneens van CGT profiteren. Een belangrijke voorwaarde is wel dat de therapie rekening houdt met de mogelijkheden en beperkingen van mensen met een LVB. In een aantal handboeken, overzichtsstudies en werkboeken worden suggesties gegeven om CGT op maat te maken (zie bijvoorbeeld [4] [5] [35] [36] [75] [76] [78] [83] [84] vgl. [37] [76] [77]) De aanpassingen betreffen: een balans zoeken tussen ontwikkelingsleeftijd en kalenderleeftijd, extra ondersteuning, aanpassingen i.v.m. beperkingen verbaal werkgeheugen en selectieve aandacht, integrale benadering, risico's van verslechtering van het psychiatrisch toestandsbeeld en uitdagen van cognities. [21] [27] [84] In de volgende paragrafen werken we deze aanpassingen verder uit (zie Figuur 3 voor een beknopt overzicht van aanpassingen voor jeugdigen met een LVB).

4.5.1 Balans tussen ontwikkelingsleeftijd en kalenderleeftijd

Mensen met een LVB hebben een cognitief plafond vergelijkbaar met een ontwikkelingsleeftijd tussen de 9 en 12 jaar, hetgeen aansluit bij de voorwaarden voor een reguliere CGT voor kinderen. Toch kunnen reguliere kinderprotocollen niet 1-op-1 worden gebruikt bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB, omdat zij deels ook voor andere ontwikkelingstaken gesteld staan, conform hun kalenderleeftijd, zoals identiteitsformatie en autonomieontwikkeling.

De feedback van jongeren dat zij de therapie kinderachtig vinden, kan - in dat licht bezien - een teken van een mismatch zijn. Het kan bijvoorbeeld betrekking hebben op het onvoldoende aansluiten bij de ontwikkelingstaken en -taal. Het kan bij jongvolwassenen echter ook samenhangen met een te hoog niveau bij een algemene adolescentenvariant, dat zij op deze wijze proberen te maskeren. In de klinische praktijk kunnen de meeste jongeren er evenwel goed mee uit de voeten.

Zorg binnen de CGT voor een goede mix van specifiek werkzame bestanddelen van een standaard-protocol en aanpassingen op de LVB: pas de ontwikkelingstaken aan op de kalenderleeftijd en de cognitieve voorwaarden op de ontwikkelingsleeftijd.

4.5.2 Extra ondersteuning

Mensen met een LVB kampen meestal met meer problemen dan normaalbegaafde leeftijdgenoten, terwijl ze minder gereedschap in huis hebben om deze problemen op te lossen. Zij kunnen - in het bijzonder bij hoogoplopende, langer durende stress - meer primitieve afweer/primaire coping laten zien. Daardoor zijn zij meer op co-regulatie, steun en structuur van buitenaf aangewezen om zich adequaat staande te kunnen houden.

4.5.3 Verbaal werkgeheugen en selectieve aandacht

Mensen met een LVB functioneren op een lager niveau dan hun ontwikkelingsleeftijd op verbale werkgeheugentaken en wat betreft selectieve aandacht. Zij kunnen daardoor met meer problemen dan normaalbegaafde kinderen met eenzelfde ontwikkelingsniveau op deze gebieden kampen. Zij kunnen meer problemen ondervinden met hoofd- en bijzaken uit elkaar halen, verbanden leggen en zelfregulatie. Gebruik tijdens de CGT aansprekende, bij voorkeur door de cliënt zelfgekozen materiaal voor

visualisatie. Ondersteun verder door ook rekening te houden met de andere mogelijkheden en beperkingen die naar voren zijn gekomen in het diagnostische proces (sterkte-zwakteprofiel).

4.5.4 Integrale benadering

Individuele CGT of groeps-CGT is minder effectief wanneer het wordt ingezet als een *standalone* therapie. Meestal vormt de therapie een integraal onderdeel van een groter geheel. Dit wil zeggen: er zijn tegelijkertijd interventies op kind-, ouder- en systeemniveau, zoals ouderbegeleiding, schooladviesgesprek, *intensive home treatment*, schuldsanering, etc. Hierdoor wordt de cliënt geholpen de leerpunten van de therapie te generaliseren naar andere contexten. Huiswerk wordt meestal praktisch vertaald naar hobby's, zoals oefenen bij muziek en trainen bij sport, om het belang daarvan te onderstrepen, het gedoseerd te brengen en eventuele negatieve associaties met (huiswerk voor) school te voorkomen. Ook kan de context worden aangepast, zodat het thuis en op school makkelijker wordt om aangeleerd gedrag in praktijk te brengen.

4.5.5 Risico verslechtering van het psychiatrisch toestandsbeeld, inclusief kortdurend psychotisch beeld - CGT kan schaden

Mensen met een LVB hebben bij hoogoplopende, langer durende stress een verhoogd risico op verslechtering van hun psychiatrische toestandsbeeld. [85-87] Zij kunnen dan zelfs last krijgen van cognitieve desintegratie, in de zin van plotseling beginnende en zich snel herstellende psychotische toestandsbeelden (vgl. een kortdurend psychotische stoornis met duidelijke stressoren). CGT waarbij onvoldoende steun en structuur wordt geboden door het steunsysteem of het behandelteam kan daaraan bijdragen.

4.5.6 Uitdagen van cognities, perspectief leren nemen en gedrag

Het zwaartepunt ligt meer bij de doe- dan denkgerichte onderdelen, afgestemd op het LVB-profiel (benutten van de mogelijkheden en correctie, compensatie dan wel acceptatie van de beperkingen). Het gaat bijvoorbeeld om gedragsexperimenten, oefeningen, ontspanningstechnieken, rollenspelen, vaardigheidstrainingen - en indien mogelijk en passend - eenvoudige, helpende gedachten bedenken en toepassen en die als alternatief voor niet-helpende gedachten gebruiken.

- Het lukt niet bij iedere cliënt om de rol van cognities te laten begrijpen in het kader van gevoel en gedrag. Wees directief, stuur cliënten in de juiste richting door inhoud te geven aan het denken, bijvoorbeeld door beperkte keuzemogelijkheden aan te geven. Probeer cliënten zoveel mogelijk zelf antwoorden te laten bedenken.
- Cliënten kunnen veel negatieve automatische gedachten hebben. Hierdoor zijn ze snel op te sporen en evenzo snel te missen. Het is belangrijk om de negatieve automatische gedachten expliciet te maken. Het werkt bij cliënten doorgaans beter om bij de cognities te komen via het bespreken van de emoties.
- Het benoemen van negatieve gedachten is vaak moeilijk. Het kan helpen om cliënten te laten kiezen uit een aantal negatieve gedachten. Via een rollenspel kunnen negatieve gedachten ook verhelderd worden. Aanbevolen wordt echter om de Socratische dialoog niet te snel te verlaten. Door suggesties wordt dit 'verdund' om het niet te moeilijk te maken voor de cliënt.
- Het blijft van belang cliënten actief te betrekken, dat de therapeut hen blijft aanzetten zelf actief na te denken en dat de therapeut niet gaat invullen of te veel de rol van docent gaat aannemen. Geleide ontdekking is de insteek. De therapeut kan helpen gedachten te structureren door gerichte vragen te stellen zoals: wanneer was de laatste keer, wie was er toen bij, waar gebeurde het, hoe gebeurde het?
- Om de koppeling uit te leggen tussen gedachte en gevoel: vraag cliënten naar een recente ervaring waarin zij zich boos, verdrietig, bang, etc. voelden.

Laat cliënten de situatie beschrijven en vraag dan welke gedachten zij hadden en welke gevoelens dit opriep.

- Sommige cliënten zijn zich sterk bewust van de eigen emoties of de emoties van anderen. Deze hypervigilantie voor emotionele reacties is wellicht ontwikkeld om zich te beschermen tegen kritiek van en aanvallen door anderen.
- Let op verbloemen en faalangst.
- Inzetten van rollenspel bij gedragsalternatieven. Specifiek: rolomkering. Zo leren cliënten te oefenen met verschillende perspectieven.
- Voorbeelden van gedachten en gevoelens bij een gebeurtenis uitschrijven voor de cliënt.
- Geef positieve feedback. Moedig aan.
- Ontspanningstechnieken kunnen helpen bij een toename van de spanning: bijvoorbeeld een app met ontspanningsoefeningen van maximaal 10 à 15 minuten.
- Belangrijk om tijdens de behandeling aandacht te schenken aan leefstijl en de invloed daarvan op de problematiek.
- De *survey method* kan ingezet worden om kernovertuigingen uit te dagen. Cliënten stellen bijvoorbeeld drie vragen aan drie mensen die zij vertrouwen. Het krijgen van objectieve antwoorden van mensen die de cliënt vertrouwt, kunnen helpen bij het veranderen van kernovertuigingen.
- Negatieve gedachten die veel voorkomen bij cliënten met een LVB zijn: "ik ben een mislukkeling" (zelfbeeld), "iedereen denkt dat ik dom ben" (anderen), "ik zal nooit ergens goed in worden" (toekomstverwachting).
- Veel cliënten ontwikkelen negatieve schema's met betrekking tot: kritiek krijgen, pesten, afgewezen worden en een lage zelfwaardering.
- Ondersteun cliënten bij het leren herkennen van positieve gebeurtenissen; vaak ligt hun focus op negatieve gebeurtenissen.
- Gedragsexperimenten kunnen helpen bij het opsporen van denkfouten.
- Onderzoeken van assumpties: houd er rekening mee dat cliënten vastzittende verwachtingen kunnen hebben over het gedrag van anderen en defensief gedrag kunnen vertonen op basis van deze verwachtingen.
- Vraag assumpties op een milde manier uit (cliënten kunnen zich snel dom of afgewezen voelen).
- Directe instructie en positieve feedback geven op het overnemen van goede voorbeelden hebben een positief effect op het aanleren van sociale vaardigheden.

4.6 Overige aanpassingen CGT bij jeugdigen met een LVB

Bij CGT dient rekening gehouden te worden met het LVB-profiel en het persoonlijk sterkte-zwakte profiel van de cliënt om zo de psychische problemen zo goed mogelijk te kunnen corrigeren, te compenseren en/of dragelijker te maken. Hieronder staat per domein nog een aantal van de belangrijkste LVB-aanpassingen genoemd, waarmee de CGT-therapeut rekening zou moeten houden bij aanvang en gedurende de CGT (zie voor generieke aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van interventies bij mensen met een LVB ook de Richtlijn Effectieve Interventies LVB van het Landelijk Kenniscentrum LVB). De onderstaande aanpassingen zijn een synopsis vanuit meerdere bronnen. [35] [36] [73]

4.6.1 De therapeutische werkrelatie

- Bij cliënten met een LVB is het belangrijk dat zij zich gerespecteerd voelen, er een veilig klimaat is en dat ze vertrouwen in de therapeut hebben.
- Besteed veel aandacht aan de werkrelatie en motivatie van cliënten. De basishouding van de therapeut is open, oprecht, respectvol en voorspelbaar.
- Focus bij adolescenten ook op de vorming van autonomie.
- Heb veel geduld (drie stappen vooruit, twee terug, enzovoorts).
- Doe rustig aan (*slow cooking* in plaats van *high pressure cooking*).

Figuur 3. Beknopt schematisch overzicht aanpassingen CGT bij LVB.

Stap 2. Aanpassingen CGT bij jeugdigen met een LVB

A. Passende kaders

- Individuele therapie betere effecten dan groepstherapie.
- Maximaal 4 personen betere effecten dan grotere groep.
- Geprotocolleerd betere effecten dan niet geprotocolleerd.
- Kortere sessies.
- 30%-50% meer sessies nodig.

B. Mogelijke aanpassingen binnen de therapie

- Houd hierbij rekening met sterkte-zwakteprofiel.
- Pas communicatie aan (rustig praten, korte zinnen, 1 boodschap).
- Geef visuele ondersteuning.
- Focus op 1 probleemgebied (=leerdoel).
- Deel doelen therapie op in kleine haalbare leerdoelen.
- Laag tempo, veel herhalen.
- Gebruik een vaste structuur (tijd, plaats, opbouw).
- Zittingen korter op elkaar.
- Richt CGT meer op gedragsverandering (exposure, gedragsexperimenten, ontspanning, vaardigheden, terugval preventie) dan op cognitieve herstructurering.
- Geef voorbeelden van mediërende gedachten; help met het leggen van oorzaak-gevolg verbanden.
- Bespreek vertekeningen door selectieve aandacht.
- Start met concreet voorbeeld/ervaring en trek vanuit daar een conclusie op eenvoudig abstract niveau.
- Beperk huiswerk tot 1 oefening en betrek sociaal netwerk hierbij.
- Algemene aanpassingen LVB zie ook: Website LKC LVB, KC KJP, Toolkit aanpassingen voor mensen met een LVB in de ambulante GGZ.
- Behandelmodules volwassen & LVB via GGZ Rivierduinen Kristal (gratis).

C. Betrek sociaal netwerk

- Ouders, leerkrachten, hulpverleners.
- Psycho-educatie over CGT.
- Hulp bij transfer vaardigheden naar thuis- of schoolsituatie.
- Gedrag positief bekrachtigen.
- Hulp omgaan met tegenslag buiten de therapie.
- Hulp bij plannen en maken huiswerk.

- Wees actief, duidelijk, directief en empathisch.
- Wees betrokken, enthousiast, gemotiveerd en nieuwsgierig.
- Wees exploratief, flexibel, switch snel en improviseer indien nodig.
- Let er als therapeut op hoe je feedback geeft. Probeer te voorkomen dat de cliënt zich veroordeeld of afgewezen voelt. Voor sommige cliënten kan het lastig zijn om de therapeut te vertrouwen, omdat zij zich in het verleden vaak afgewezen hebben gevoeld.

4.6.2 Een veilige en positieve leeromgeving

- Sluit aan bij de interesses en oplossingen van de cliënt.
- Eerst aansluiten bij motivatie (*first connect, then correct*).
- Sluit aan op begripsniveau en belevingswereld (ja-reeksen; *small talk*).
- Belonen en complimenteren.
- Later toewerken naar intrinsieke bekrachtigers.
- Leg duidelijk uit wat er gedaan wordt.
- Werk taakgericht.
- Laat de cliënt succeservaringen opdoen.
- Stem instructieniveau af op zone van de naaste ontwikkeling van de cliënt (wat kan hij/zij met hulp aan?) en bouw daarop voort: van observeren van voorbeeldgedrag van de therapeut, het nadoen van de therapeut terwijl therapeut instructies geeft, zelf hardop oefenen met de instructies, fluisteren of in stilte oefenen met instructies tot instructies zelfstandig toepassen.

4.6.3 Aanpassingen op gebied van aandacht

- Zorg voor kortere, meer frequente sessies.
- Neem pauzes op in de sessies.
- Bied afwisseling tussen inspanning en ontspanning.
- Beperk de lengte van taken door deze in kleinere onderdelen te verdelen.
- Betrek jeugdigen door het gebruik van verschillende werkvormen, kleuren en foto's.
- Complimenteer jeugdigen als zij hun aandacht er goed bijhouden.
- Zorg voor zo min mogelijk afleidingen in de ruimte.

4.6.4 Aanpassingen met betrekking tot werkgeheugen

- Maak gebruik van korte, simpele onderwerp-werkwoord-voorwerpzinnen.
- Presenteer het materiaal verbaal en visueel.
- Gebruik geheugensteuntjes, zoals visuele hulpmiddelen (bijvoorbeeld picto's).
- Introduceer maar één taak/activiteit tegelijk.
- Herhaal de informatie/taken.

4.6.5 Aanpassingen met betrekking tot leren en geheugen

- Maak gebruik van leren door ervaren.
- Maak gebruik van impliciet leren (rollenspellen en praktische activiteiten).
- Maak gebruik van leren via modelleren, waarbij je tijdens het modelleren hardop zegt wat je doet.
- Controleer regelmatig of de jeugdige begrijpt wat je bedoelt (laten navertellen in eigen woorden).
- Zorg ervoor dat de jeugdige de vaardigheden onder de knie heeft voordat je doorgaat naar het volgende onderdeel.
- Oefen frequent met vaardigheden.
- Geef onmiddellijke feedback.
- Neem sessies op of geef samenvattingen op papier aan het kind of de ouders.
- Moedig kinderen aan om belangrijke gebeurtenissen gedurende de week op te schrijven, zodat ze zich deze makkelijker kunnen herinneren.
- Betrek ouders om herinneringen makkelijker op te halen.

4.6.6 Aanpassingen met betrekking tot executieve functies

- Plan en structureer de sessies.
- Probeer een vaste structuur in de sessies aan te houden.
- Gebruik een visueel schema om de structuur van de sessies zichtbaar te maken.
- Schakel zo min mogelijk tussen taken.
- Geef voldoende tijd om te schakelen tussen taken.
- Geef na vragen extra bedenktijd.
- Richt je gedurende de therapie op het ontwikkelen van probleemoplossende vaardigheden van de jeugdige en hun mogelijkheid om beslissingen te nemen.
- Stuur impulsieve reacties (bijvoorbeeld het onderbreken van de therapeut) bij.
- Stel duidelijke regels voor de therapie op.

4.6.7 Aanpassingen met betrekking tot taal en lezen

- Laat de jeugdige met zijn gezicht naar de therapeut zitten.
- Gebruik visuele hulpmiddelen om de verbale communicatie te ondersteunen.
- Gebruik foto's/tekeningen naast tekst om de tekst te visualiseren.
- Gebruik eenvoudige taal in teksten (zie bijvoorbeeld 'Taal voor allemaal').
- Vermijd frequent gebruik van voegwoorden (als 'en').
- Verdeel teksten in opsommingstekens.
- Gebruik dikgedrukte tekst om belangrijke punten te benadrukken.
- Vermijd jargon.
- Leg nieuwe termen zo veel als nodig uit.
- Gebruik zo kort mogelijke zinnen.
- Zorg dat er een duidelijk contrast is tussen de kleur van de tekst en de pagina.
- Gebruik zinnen die een enkel begrip beschrijven.
- Gebruik één onderwerp per zin.
- Gebruik woorden met maximaal 3 lettergrepen.

4.6.8 Aanpassingen met betrekking tot communicatie

- Hanteer kernachtig gesproken of geschreven teksten.
- Gebruik eenvoudige woorden (vuistregel maximaal 3 lettergrepen).
- Gebruik korte, enkelvoudige zinnen van ongeveer 5 woorden.
- Praat rustig en stel één vraag tegelijkertijd.
- Gebruik geen impliciete of verborgen boodschappen.
- Gebruik gangbare en concrete woorden en vermijd overkoepelende termen (bijvoorbeeld trein en bus in plaats van openbaar vervoer).
- Let op dat taalgebruik niet kinderachtig wordt.
- Houd vast aan eerder gehanteerde woordkeuze.
- Gebruik dezelfde woorden als de cliënt (maar neem geen straattaal over, omdat deze de professionele verhouding tussen cliënt en hulpverlener negatief kan beïnvloeden).
- Laat de cliënt zelf woorden kiezen voor belangrijke begrippen die gehanteerd gaan worden in de interventie.
- Praat rustig en stel één vraag tegelijkertijd.
- Zorg dat non-verbale en verbale informatie overeenkomen.
- Beperk open vragen.
- Beperk keuzemogelijkheden (2 of 3 keuzes).
- Houd de communicatie overzichtelijk en behapbaar.
- Geef voldoende tijd om een antwoord te geven.
- Check continu of je elkaar begrijpt. Vraag na en laat herhalen.
- Vraag door als je de cliënt niet begrijpt.
- Heb aandacht voor factoren die de communicatie kunnen beïnvloeden, zoals medicatie, tijd van de dag, stemming, interesse onderwerp et cetera.
- Wees er alert op dat cliënten meer geneigd zijn om sociaal-wenselijke antwoorden te geven.
- Wees alert op een hogere mate van beïnvloedbaarheid van de cliënt.
- Wees alert op echolalie en perseveratie en ga na wat de mogelijke oorzaak is.
- Praten over een onderwerp dat de bijzondere belangstelling van de cliënt heeft, kan een vertekend

beeld geven van het niveau van communicatie; veelal positiever dan bij andere onderwerpen. Check dit.

4.6.9 Aanpassingen met betrekking tot de sessies (structuur)

- Plan de sessies kort na elkaar.
- Duur van de sessie verkorten (aandachtspanne voor de lesstof optimum 10 à 15 minuten).
- Minder tijd per keer, maar meer tijd in totaal (grofweg 1/4 - 1/3 extra totale tijd). Het gaat - meer specifiek - om kortere therapiesessies per keer (om overvraging te voorkomen), maar om meer tijd over het geheel en meer herhalen en oefenen (om zich de stof eigen te maken, vast te houden en toe te passen).
- Geef opbouw en duur van de sessie weer in een schema en hang dit schema op.
- Werk met een werkboek.
- Maak gebruik van geheugensteunen in de vorm van een stappenplan, werkboek, pictogrammen of een oplossingenkaart die de cliënt bij zich draagt.
- Herhaal theorie.
- Maak een lijst met regels of afspraken en bewaar deze in een map of hang ze op in de vorm van een poster.
- Bouw elke bijeenkomst op dezelfde manier op, bijvoorbeeld samenvatting vorige keer, oefening, theorie, spel, afsluiting.
- Maak een weekschema met de cliënt (en eventueel ondersteuner) van alle activiteiten die de cliënt heeft. Pas in dit schema het maken van opdrachten in, houd hierbij rekening met overige activiteiten van de cliënt.

4.6.10 Aanpassingen met betrekking tot concretiseren oefenstof

- Doen i.p.v. denken: laat ervaren.
- Maak het zichtbaar.
- Eerst oefenen, daarna uitleg theorie. Gebruik voorbeelden van situaties die de cliënt dagelijks meemaakt.
- Bedenk oefenopdrachten die toepasbaar zijn in verschillende sociale situaties.
- Gebruik geen algemene "stel dat..." voorbeelden.
- Laat iemand uit de directe omgeving van de cliënt meedoen met de interventie om de cliënt te helpen herinneren aan de eigen dagelijkse ervaringen met betrekking tot het onderwerp (zie ook Generalisatie).
- Om koppeling gedachten-gevoelens te verhelderen kan gebruik gemaakt worden van een *body map* om aan te geven waar cliënt fysieke sensaties/*arousal* ervaart.
- Geef uitleg over fysieke symptomen en leren herkennen van symptomen, visualiseer (bijvoorbeeld een stoplicht).
- Laat cliënt een aantal situaties beschrijven waarin *arousal* optrad. Maak van hieruit koppeling naar gedachten.
- Oefen met cliënt gedragsalternatieven. Koppel zoveel mogelijk alternatief gedrag aan een situatie, bijvoorbeeld: wat kun je doen als je boos wordt?
- Oefen sociale vaardigheden (bijvoorbeeld m.b.v. een rollenspel).
- Bied eventueel assertiviteitstraining aan.
- Zet eventueel vaktherapie in om situaties te oefenen en cliënt zodoende te ondersteunen bij het begrijpen van 3G-schema.
- Gebruik video en video-feedback.
- Schrijf belangrijke informatie op, ook voor eventuele ondersteuners.
- Visualiseer G-schema's.
- Gebruik werkbladen.
- Gebruik visuele ondersteuning zoals foto's, plaatjes, pictogrammen of een stripverhaal om de oefenstof vereenvoudigd over te brengen.
- Gebruik schalen met cijfers of pictogrammen om de ernst van een probleem weer te geven, een gevoel weer te geven of om te beoordelen wat de cliënt van de therapiesessie vond.

4.6.11 Vereenvoudigen van informatie

- Maak een vertaalslag van praktijk naar theorie. Aansluitend op de praktijk, begin van daaruit met de kern uit de theorie. Breid theorie uit afhankelijk van het begripsniveau van de cliënt.

- Maak gebruik van hulpmiddelen zoals een emotiethermometer, een gedachtenballon, helpende gedachten op een kaartje of een stoplicht. (zie bijvoorbeeld 88-91).
- Leg theorie uit aan de hand van concrete voorbeelden (gebruik een hobby als invalshoek, zoals voetballen om het belang van oefenen en het begrip van een supportteam en een trainer/coach uit te leggen). Zo kan huiswerk een positievere associatie krijgen, in het bijzonder als het anders genoemd wordt, passend bij de hobby, zoals oefenen bij muziek en trainen bij sport.
- Trek parallellen met goochelen om slimme trucjes te leren, daarmee te oefenen en deze zo eigen te maken. Of gebruik de metafoor van het leven als een grote hindernisbaan.
- Trek vergelijkingen met lichamelijke en mentale rek- en strekoefeningen om met oefeningen daadwerkelijk leniger te worden.
- Gebruik gedachtenballonnen, zoals bij stripverhalen, met klassieke voorbeelden als een inbreker dan wel een kat die een vaas omstoot om te oefenen met intenties. Of gebruik het voorbeeld van iemand die niet groet om helpende en niet-helpende gedachten uit elkaar te halen.
- Reik eenvoudige, helpende gedachten aan, in de zin van: "(...) sommige kinderen denken dan ..., terwijl anderen ... Hoe zit het bij jou?" Mochten zij er niet goed uitkomen: "Is het bij jou meer dit of dat?"
- Gebruik gevoelsthermometers om de invloed van helpende en niet-helpende gedachten zichtbaar te maken, te ervaren en te meten en zo de interne locus of control te vergroten.
- Gebruik meer tussenstappen voor het oefenen van vaardigheden en het werken aan doelen (*chaining* en *shaping*). Gebruik hierbij bijvoorbeeld de vergelijking met de next level bij video games of zoals in het Vrienden werkboek voor kinderen tegen angst en depressieve stemming:
  v = voel je je bang;
  r = rust en ontspan je lekker;
  i = in jezelf denken;
  e = eigen plan;
  n = netjes gedaan, dus beloon jezelf;
  d = doe je oefeningen, niet vergeten;
  en = en rustig blijven
- Gebruik meer voorbeelden toegespitst op belevingswereld van cliënten.
- Laat oefenstof steeds in latere contactmomenten terugkomen (herhaling).
- Bied oefenstof op verschillende manieren aan, zoals rollenspel, schriftelijke opdracht, videofragment et cetera.
- Geef korte opdrachten.
- Geef één opdracht tegelijkertijd.
- Behandel maar één thema per bijeenkomst.
- Gebruik een ruimere en overzichtelijk opgezette lay-out bij een geschreven opdracht.
- Omkader opdrachten en gebruik maximaal 1 A4 per opdracht.

4.6.12 Feedback

- Gebruik *video modelling* (het zien van een ander kind of jongere op beeld) of *video self-modelling* (jezelf terugzien op beeld) om cliënten op een positieve manier van zichzelf en elkaar te laten leren.
- Gebruik *video self-modelling* alleen wanneer een cliënt een vaardigheid succesvol heeft uitgevoerd. Het is van belang bij *video modelling* om een korte opname te laten zien. Let er op dat de cliënt niet alleen gericht is op het feit dat hij/zij in beeld is.

4.6.13 Netwerk en generalisatie

- Betrek het netwerk bij de therapie, met name ouders en school.
- Besteed aandacht aan voorwaarden voor deelname aan de therapie (zoals brengen en ophalen, terugkoppeling ouders, school, oefensituaties creëren en ondersteunen bij oefenopdrachten).
- Train met ouders vaardigheden die zij nodig hebben om hun kind te ondersteunen bij de therapie; bekrachtigen van positief gedrag, *modelling*, gebruik maken van (visuele) prompts.

- Gebruik de laatste 10 minuten van de sessie om het huiswerk voor de volgende keer voor te bespreken, evaluatie en planning volgende sessie.
- Laat huiswerkopdrachten zo goed mogelijk aansluiten bij vaardigheden/gedrag cliënten.
- De manier van communiceren, specifieke communicatiemiddelen en de benaderingswijzen van het kind/de jongere zoals die tijdens de interventie worden toegepast zouden op dezelfde wijze moeten worden toegepast door het directe sociale netwerk van de cliënt.
- Bouw de moeilijkheidsgraad van de huiswerkopdrachten op. Zorg dat de cliënt in het begin succeservaringen kan opdoen in verband met vaak negatief zelfbeeld.
- Benoem dat er in dit verband geen foute antwoorden zijn.
- Betrek cliënt bij het kiezen van huiswerkopdrachten.
- Check of cliënten huiswerkopdracht begrepen hebben en of zij begrijpen waarom in het kader van de problematiek voor bepaalde opdrachten wordt gekozen. De vergelijking met muziek, tekenen, schilderen en sporten kan getrokken worden om het principe van 'oefening baart kunst' uit te leggen, afgestemd op hun belangstelling. Hetzelfde geldt voor het samenwerken in een groep als *teamwork*.
- Leg uit wat de winst is van het maken van huiswerk.
- Als het huiswerk niet gemaakt is: uitvragen wat de oorzaak is, eventueel de hoeveelheid of het soort huiswerk aanpassen.
- Sluit de sessie af met een korte samenvatting, check of cliënt het onderschrijft.
- Evalueer per sessie middels een schaal wat cliënt van de sessie vond, zoals de Child Outcome Rating Scale (CORS).
- Herhaal datum en tijd van de volgende sessie.
- Stem de benadering van therapeut en netwerk op elkaar af en maak gebruik van dezelfde visuele ondersteuning.
- Geef huiswerkopdrachten mee waarbij er in verschillende leefgebieden/situaties iets uitgevoerd moet worden.
- Huiswerk is een effectief hulpmiddel. Wees extra alert op het uitleggen van de bedoeling. Houd het helder en eenduidig. Oefen het huiswerk al tijdens de sessie. Richt het op één ding tegelijk.
- Geef reminders voor het huiswerk mee, bijvoorbeeld een schema, om aan te geven wanneer huiswerk gemaakt dient te worden. *NB Laat het huiswerk met iemand maken of in iemands nabijheid om er zeker van te zijn dat de oefenstof zich eigen gemaakt wordt.*

4.6.14 Afsluiting en nazorg

- Plan *boostersessies* of follow-up bijeenkomsten in voor consolidatie en terugvalpreventie.
- Neem voldoende tijd voor het afsluiten van de behandeling.
- Maak met de cliënt een lijst met situaties en problemen die zich mogelijk kunnen voordoen.
- Maak met de cliënt een lijst met cognitieve en gedragsmatige strategieën om problemen aan te pakken, vertaald naar een handleiding en - indien van toepassing - een crisiskaart die in de smartphone staat.
- Besteed aandacht aan onverwachte momenten en hoe daar mee om te gaan.
- Vat aan het einde van de behandeling samen met cliënt en maak een overzicht van wat de cliënt geleerd heeft (visualiseer).

4.7 Monitoring en afsluiting CGT

Een van de vuistregels is dat CGT stopt wanneer de doelen volledig behaald zijn. Om de kans op consolidatie te vergroten en terugval te verkleinen, wordt er een consolidatie- en terugvalpreventieplan gemaakt, bij voorkeur opgesteld met de jeugdige, ouders/verzorgers en zorgverleners. Het heeft - in dat kader - eveneens sterk de voorkeur dat er sluitende afspraken over eventuele vragen, opmerkingen o.i.d. na afsluiting van het traject gemaakt worden, bijvoorbeeld over boostersessies, consultatie & advies

Figuur 4. Monitoring en afsluiting CGT.

Stap 3. Monitoring en stoppen met behandeling

Monitor tijdens de CGT:
- Motivatie client en steunsysteem.
- Progressie behandeldoelen.
- Steun vanuit de sociale omgeving.
- Therapeutische werkrelatie.

Stop de CGT:
- Als de doelen volledig behaald zijn.
- Het onvoldoende bereiken van therapie-effecten.
- Het uitblijven van meer resultaten.
- Het onvoldoende tot stand komen van een goede therapeutische werkrelatie.

Stap 4. Alternatieven

- Overdragen aan een meer ervaren therapeut LVB & psychiatrie.
- Pre-therapie.
- Consultatie & advies bij een of meer collegae.
- Een second opinion.
- Andere behandelvorm inzetten.
- Terugverwijzen naar de verwijzer.

en follow-up. Het heeft - in dat verband - ook sterk de voorkeur dat er met hen een warme overdracht naar de (vervolg)hulpverlening gedaan wordt.

De tweede vuistregel is dat de doelen - gegeven de omstandigheden - optimaal gerealiseerd zijn en dat continuering daarvan (nagenoeg) niets toevoegt, met een zelfde consolidatie- en terugvalpreventieplan, sluitende afspraken over het vervolg, plus warme overdracht.

De derde vuistregel is dat er negatieve redenen kunnen zijn om de CGT voortijdig te stoppen, zoals: andere zaken die voorrang hebben, bijvoorbeeld een crisis of andere hindernissen op de weg die eerst aandacht behoeven om van therapie te kunnen profiteren, plus andere contra-indicaties (paragraaf 4.4);
- aanhoudende blokkades in de therapeutische werkrelatie;
- aanhoudend uitblijven van steun uit het sociale netwerk die het toepassen in het dagelijks leven in de weg staan;
- aanhoudende behandelingsverlegenheid bij de therapeut;
- aanhoudend uitblijven van positieve therapie-effecten.

Het onderstreept het belang van het monitoren van de therapie om op koers te blijven dan wel tijdig aan de bel te trekken en aanpassingen (*bypasses*) te kunnen maken om het traject vlot te trekken, hulp in te schakelen dan wel voortijdig te beëindigen en het stokje over/terug te geven.

4.8 Suggesties voor onderzoek

Een van de suggesties is het onderzoeken van de effectiviteit van stoornisspecifieke CGT-programma's die voor jeugdigen met een LVB zijn aangepast, bijvoorbeeld het CGT-programma 'Dapper doen - LVB' van GGZ Karakter over angststoornissen. Deze wordt met een pilot onderzocht en van daaruit zou het bij meerdere instellingen nader onderzocht kunnen worden. Het kan de opmaat zijn voor een grootschaligere *Randomized Controlled Trial* (RCT) of een *Experimental Case Study Design* (ECSD).

Een tweede suggestie van de werkgroep is het ontwikkelen van CGT LVB pre-therapie. Het al ontwikkelde pre-therapie werkboek voor kinderen en jeugdigen die op normaalbegaafd niveau functioneren kan daarvoor als basis gebruikt worden, evenals de LVB-volwassenenvariant. Het gaat om 'Denk goed, voel je goed' respectievelijk 'Denken, voelen en doen' (zie Bijlage 1). [92] Het kan vervolgens met een pilot en van daaruit breder in de klinische praktijk ingezet en onderzocht worden op behandeleffectiviteit en behandelmodelgetrouwheid (flexibiliteit binnen het CGT-model).

Een derde suggestie is met het Kennisnetwerk affectregulerende vaktherapieën nader stilstaan bij de vraag wat deze therapieën als pre-therapie kunnen betekenen, met en zonder werkzame CGT-elementen op de hogere niveaus. Het kan vervolgens met een pilot en van daaruit breder in de klinische praktijk ingezet en onderzocht worden op behandeleffectiviteit en -modelgetrouwheid.

Een vierde suggestie is het ontwikkelen van een transdiagnostisch programma op het gebied van emotie/zelfregulatie aangepast voor jeugdigen met een LVB. Het nieuwe CGT-werkboek 'Emotie-regulatietraining bij kinderen en adolescenten' of het dialectische gedragstherapie-werkboek (DGT-werkboek) 'Surfen op emoties' kunnen daarvoor als inspiratiebron gebruikt worden. [93] Het modulaire programma kan vervolgens met een pilot getest en van daaruit breder in de klinische praktijk ingezet en onderzocht worden op behandeleffectiviteit en behandelmodelgetrouwheid. En bij positieve bevindingen uitgezet worden in een grootschaligere RCT of een ECSD.

Een laatste suggestie is - in het verlengde daarvan - het met het Kennisnetwerk affectregulerende vak-therapieën (door)ontwikkelen en nader onderzoeken van vaktherapie met werkzame CGT-elementen op dit gebied om tot een overkoepelend programma van werkzame elementen op dit gebied te komen.

5. Meer weten?

5.1 Verwijzing naar Nederlandstalige overzichtswerken

De werkgroep verwijst naar Nederlandstalige overzichtswerken voor algemene en specifieke informatie over KJP & LVB, gerelateerd aan diagnostiek en behandeling in het algemeen en CGT in het bijzonder.

KJP & LVB

- **a** Psychische problemen, probleemgedrag en verstandelijke beperking: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen (2014), geschreven door Anton Došen.
- **b** Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking (2016), onder redactie van Robert Didden, Pieter Troost, Xavier Moonen & Wouter Groen.
- **c** Kompas licht verstandelijke beperking. Definitie, aspecten en ondersteuning (2018) van Yvette de Beer.

Diagnostiek bij KJP & LVB

- **a** Psychische problemen, probleemgedrag en verstandelijke beperking: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen (2014), geschreven door Anton Došen.
- **b** Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking (2016), onder redactie van Robert Didden, Pieter Troost, Xavier Moonen & Wouter Groen.
- **c** Richtlijn Diagnostische Onderzoek LVB (2012), geschreven door Jolanda Douma, Xavier Moonen, Linda Noordhof en Albert Ponsioen. Landelijk Kenniscentrum LVB.
- **d** Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking: Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies (2018) van Jolanda Douma.

Behandeling bij KJP & LVB algemeen

- **a** Psychische problemen, probleemgedrag en verstandelijke beperking. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen (2014), geschreven door Anton Došen,
- **b** Handboek psychiatrie en licht verstandelijke beperking (2016), onder redactie van Robert Didden, Pieter Troost, Xavier Moonen & Wouter Groen.
- **c** Richtlijn Effectieve Interventies LVB (2012), geschreven door Marjolein de Wit, Xavier Moonen & Jolanda Douma. Landelijk Kenniscentrum LVB.
- **d** Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Wat werkt? (2018) van de hand van Mariska Zoon en Karen van Rooyen.

CGT kind en jeugd

- **a** Cognitieve interventies bij kinderen en jongeren (2011), geschreven door Maaike Nauta, Caroline Braet & Agnes Scholing.
- **b** Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen (2018), geschreven door Pier Prins, Joop Bosch & Caroline Braet.
- **c** Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapieën, sectie kind en jeugd (2019).

CGT en KJP & LVB

- **a** Cognitieve gedragstherapie (2016), geschreven door Anke Heinemann, Conny Neumann, Anne van der Waa & Lidwien Kok.
- **b** Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Wat werkt? (2018), geschreven door Mariska Zoon en Karen van Rooyen.
- **c** Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapieën, sectie CGT voor mensen met verstandelijke beperkingen (2019).

CGT bij LVB

- **a** Engelstalig: Manual for CBT in individuals with learning disabilities (2012), geschreven door Angela Hassiotis. Als pdf gratis te downloaden.

6. Geraadpleegde literatuur

1 Van den Bogaard M, Moonen X. Kenmerken en zorgvragen volgens hulpverleners van jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische stoornissen. *Orthopedagogiek: Onderzoek & Praktijk.* 2014;53(5):216-229.

2 De Beer Y. *Kompas licht verstandelijke beperking. Definitie, aspecten en ondersteuning.* Amsterdam: SWP; 2018.

3 Douma J. *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies.* Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB; 2018.

4 Zoon M, Van Rooyen K. *Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2018.

5 Hronis A, Roberts R, Roberts L, Kneebone I. Fearless Me!(c): A feasibility case series of cognitive behavioral therapy for adolescents with intellectual disability. *J Clin Psychol.* 2019;75(6):919-932.

6 Platje E, Cornet IJM, De Kogel CH. Intelligentie, executieve functies en licht verstandelijke beperking in justitiecontext. *Justitiële Verkenningen.* 2017;43(6):49-62.

7 Van Rest MM, Matthys W, Van Nieuwenhuijzen M, De Moor MHM, Vriens A, Schuengel C. Social information processing skills link executive functions to aggression in adolescents with mild to borderline intellectual disability. *Child Neuropsychol.* 2019;25(5):573-598.

8 Eglit, F.M.L. *Neuropsychology.* Basel: Springer; 2019. Matson JL, ed. Handbook of intellectual disabilities. Integrating theory, research and practise.

9 Ferretti RP, ed *Problem-solving and working memory in people with intellectual disabilities: a historical perspective.* Basel: Springer; 2019. Matson JL, ed. Handbook of intellectual disabilities. Integrating theory, research and practise.

10 Schuiringa H, van Nieuwenhuijzen M, Orobio de Castro B, Lochman JE, Matthys W. Effectiveness of an Intervention for Children with Externalizing Behavior and Mild to Borderline Intellectual Disabilities: A Randomized Trial. *Cognit Ther Res.* 2017;41(2):237-251.

11 Embregts P. Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Rotterdam: NVAVG; 2019.

12 Ferretti RP, ed *Problem-solving and working memory in people with intellectual disabilities: a historical perspective.* Basel: Springer; 2019. Matson JL, ed. Handbook of intellectual disabilities. Integrating theory, research and practise.

13 Van Dam C, Martin L, Jaspers M, Nijhof K, Van Domburgh L, Scholte R. JeugdzorgPlus: prevalentie en uitstroom LVB en psychiatrische problematiek. Eindrapport. Nijmegen: Praktikon; 2017.

14 Kaal HL, De Jong BJ. Het signaleren en registreren van LVB in het justitiële domein: stof tot nadenken. *Justitiële Verkenningen.* 2017;43(6):63-73.

15 Van der Nagel J, Kiewik M, Didden R. *Handboek LVB en verslaving.* Amsterdam: Boom; 2017.

16 Van Straaten B, Rodenburg G, Van der Laan J, Boersma SN, Wolf JR, Van de Mheen D. Self-reported care needs of Dutch homeless people with and without a suspected intellectual disability: a 1.5-year follow-up study. *Health Soc Care Community.* 2017;25(1):123-136.

17 Nouwens P. Proefschrift - United by diversity: Identifying characteristics, profiles and support needs of people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning. Tilburg: Universiteit van Tilburg; 2018.

18 Van Dam C, Martin L, Jaspers M, Nijhof K, Van Domburgh L, Scholte R. JeugdzorgPlus: prevalentie en uitstroom LVB en psychiatrische problematiek. Eindrapport. Nijmegen: Praktikon; 2017.

19 Teeuwen M. LVB-jongeren in de ZSM-procedure. Over kwetsbaarheid en recidiverisico. *Justitiële Verkenningen.* 2017;43(6):92-106.

20 Woittiez I, Eggink E, Raskampen M. Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting Notitie ten behoeve van het IBO-LVB. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. 2019.

21 Van den Bogaard M, Moonen X. Kenmerken en zorgvragen volgens hulpverleners van jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische stoornissen. *Orthopedagogiek: Onderzoek & Praktijk.* 2014;53(5):216-229.

22 Statistiek CBvd. Jeugdhulp 2018. In. Den Haag: CBS; 2019.

23 Teeuwen M. Licht verstandelijk gehandicapt: van zorg naar straf. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek.* 2014;53(3):104-116.

24 Asselt-Goverts I. *Social networks of people with mild intellectual disabilities: characteristics and interventions.* Tilburg, Universiteit van Tilburg; 2016.

25 Soenen S. Proefschrift - Mild intellectual disability: An entity? Mapping clinical profiles and support needs. Leiden: Universiteit Leiden.; 2016.

26 Moonen X. *(H)erkennen en waarderen: Over het (h)erkennen van de noden van mensen met licht verstandelijke beperkingen en het bieden van passende ondersteuning.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2017.

27 De Beer Y. *Kompas licht verstandelijke beperking. Definitie, aspecten en ondersteuning.* Amsterdam: SWP; 2018.

28 Halstead, E., Stanley J, Greer J, eds. *Social and psychological stressors.* Basel: Springer; 2019. Matson JL, ed. Handbook of intellectual disabilities. Integrating theory, research and practise

29 Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil.* 2011;36(2):137-143.

30 Oeseburg B, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA, Jansen DE. Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review. *Intellect Dev Disabil.* 2011;49(2):59-85.

31 Burd, L., Burd M, Klug MG, Kerbeshian J, Popova S. *Comorbidity and intellectual disability.* Basel: Springer; 2019. Matson JL, ed. Handbook of intellectual disabilities. Integrating theory, research and practise.

32 Ruiter KP. Five-year development of psychopathology in young people with intellectual disability. In. Zutphen: Wöhrmann print services. 2013.

33 Hatton C, Emerson E, Robertson J, Baines S. The mental health of adolescents with and without mild/moderate intellectual disabilities in England: Secondary analysis of a longitudinal cohort study. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2018;31(5):768-777.

34 Bailey T, Totsika V, Hastings RP, Hatton C, Emerson E. Developmental trajectories of behaviour problems and prosocial behaviours of children with intellectual disabilities in a population-based cohort. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019;60(11):1210-1218.

35 Jahoda A, ed *Cognitive behavioural therapy.* London: Emerald Publishing; 2018. Beail N, ed. Psychological therapies and people who have intellectual disabilities: a report of the Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society.

36 Surley L, Dagnan D. A review of the frequency and nature of adaptations to cognitive behavioural therapy for adults with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2019;32(2):219-237.

37 Prins P, Bosch J, Braet C. *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.; 2018.

38 Kazantis N, Dattillio FM, Dobson KS. *De therapeutische werkrelatie bij cognitieve gedragstherapie.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019.

39 GGZ AK. Zorgstandaard angstklachten en angststoornissen. Utrecht: AKWA GGZ; 2017.

40 Voncken M, Allart E, eds. *Cognitieve therapie bij sociale angststoornis.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019. Bögels SM, Van Oppen P, eds. Cognitieve therapie. Theorie en praktijk.

41 Therapieën VG-eC. *Informatiekaart cognitieve gedragstherapie.* Utrecht: VCGt; 2016.

42 GGZ AK. Zorgstandaard depressieve stoornissen. Utrecht: AKWA GGZ; 2018.

43 Bockting CLH, Lemmens LHJM, eds. *Cognitieve therapie bij depressieve stoornissen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019. Bögels SM, Van Oppen an P, eds. Cognitieve therapie. Theorie en praktijk.

44 Kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie. Depressie bij kinderen en adolescenten www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

45 Kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie. Dwang (OCS) bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

46 Van Oppen P, Visser H, eds. *Cognitieve therapie bij dwangstoornis.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019. Bögels SV, Van Oppen, P. Cognitieve therapie. Theorie en praktijk.

47 Kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie. Anorexia nervosa bij kinderen en adolescenten. 2019.

48 Kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie. Eetbuien bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

49 Kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie. Boulimia bij kinderen en adolescenten www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

50 Kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie. Trauma en kindermishandeling bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

51 Engelhard I, Arntz A. *Cognitieve therapie en posttraumatische stressstoornis.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019.

52 GGZ AK. Zorgstandaard psychose. Utrecht: AKWA GZZ; 2017.

53 Van der Gaag M, Staring T. *Handboek psychose.* Amsterdam: Boom; 2019.

54 Van der Gaag M, ed *Hoe behandel je psychose en comorbiditeit?* Amsterdam: Boom; 2019. Van der Gaag M, Staring T, eds. Handboek psychose.

55 Kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie. Psychotische stoornissen bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

56 NHG-standaard slaapproblemen en slaapmiddelen. Utrecht: NHG; 2014

57 Verbeek I, Van de Laar M, eds. *Cognitieve therapie bij insomniastoornis.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019. Bögels SMVO, P., ed. Cognitieve therapie. Theorie en praktijk.

58 Jeugdpsychiatrie KK-e. Slaapproblemen bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

59 GGZ AK. Zorgstandaard ADHD. Utrecht: AKWA GZZ; 2019.

60 Jeugdpsychiatrie KK-e. ADHD bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

61 Jeugdpsychiatrie KK-e. Gedragsstoornissen (ODD/CD) bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

62 Jeugdpsychiatrie KK-e. Autismespectrumstoornissen (ASS) bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

63 Jeugdpsychiatrie KK-e. Tics bij kinderen en adolescenten. www.kenniscentrum-kjp.nl/. Accessed 2019.

64 Hoefnagels Yd, ed *Contextfactoren, behandelkader en kadergesprek.* Assen: Van Gorcum; 2009. Groothoff EJ, H. De Beer-Hoefnagels, E., ed. Spel in psychotherapie. Theorie, techniek en toepassing.

65 Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *Am Psychol.* 2017;72(2):79-117.

66 Didden R, Moonen X. *Gedragsinterventies.* Den Haag: Boom 2017.

67 GGZ AK. Generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of licht verstandelijke beperking. In. Utrecht: AKWA GGZ; 2018.

68 Moonen X, Didden R, eds. *Effectieve methoden in de ondersteuning en behandeling van mensen met een verstandelijke beperking.* Amsterdam: Boom; 2019. De Bruijn J, Twint B, eds. Handboek verstandelijke beperking. Vijfentwintig succesvolle methoden.

69 GGZ AK. Generieke module herstelondersteuning. Utrecht: AKWA GZZ; 2017.

70 Hassiotis A, Serfaty M. *A Manual of Cognitive Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities and Common Mental Disorders.* Camden & Islington; 2012.

71 Koslowski N, Klein K, Arnold K, et al. Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2016;209(6):469-474.

72 Cooney P, Jackman C, Coyle D, O'Reilly G. Computerised cognitive-behavioural therapy for adults with intellectual disability: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2017;211(2):95-102.

73 Hamers PCM, Festen DAM, Hermans H. Non-pharmacological interventions for adults with intellectual disabilities and depression: a systematic review. *J Intellect Disabil Res.* 2018;62(8):684-700.

74 Roeden J, Bannink F, eds. *Oplossingsgericht werken.* Amsterdam: Boom; 2019. De Bruijn J, Twint B, eds. Handboek verstandelijke beperking. Vijfentwintig succesvolle methoden.

75 Cooney P, Tunney C, O'Reilly G. A systematic review of the evidence regarding cognitive therapy skills that assist cognitive behavioural therapy in adults who have an intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2018;31(1):23-42.

76 Knepley MJ, Frank H, Kendall PC, eds. *Werken met kinderen en adolescenten.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019. Kazantis ND, F. Dobson, K., ed. De therapeutische relatie bij cognitieve gedragstherapie.

77 Nauta M, Braet C, Scholing A, eds. *Cognitieve interventies bij kinderen en jongeren.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2011. Bögels S, Van Oppen P, eds. Cognitieve therapie: theorie en praktijk.

78 Roberts L, Kwan S. Putting the C into CBT: Cognitive challenging with adults with mild to moderate intellectual disabilities and anxiety disorders. *Clin Psychol Psychother.* 2018;25(5):662-671.

79 Kok L, van der Waa A, Klip H, Staal W. The effectiveness of psychosocial interventions for children with a psychiatric disorder and mild intellectual disability to borderline intellectual functioning: A systematic literature review and meta-analysis. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2016;21(1):156-171.

80 GGZ AK. Generieke module psychotherapie. Utrecht: AKWA GGZ; 2019.

81 GGZ AK. Generieke module vaktherapie. Utrecht: AKWA GGZ; 2017.

82 Ponsioen A. Een kind met mogelijkheden. Een andere kijk op LVG-kinderen. Houten: Bohn Stafleu, van Loghum. 2010.

83 Witvliet M, Snijdewind M, Bertling L, Van Scheppingen L, Kaal H. Werkalliantie en motivatie voor begeleiding bij jongeren met een LVB. Factsheet 9. In. Leiden: Lectoraat LVB en jeugdcriminaliteit, expertisecentrum jeugd Hogeschool Leiden & Regioplan beleidsonderzoek. 2016.

84 Van den Bogaard M, Vodegel B, Djadoenath A. *Kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische crisis: een uitgelezen kans voor een positief keerpunt?* Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB/Den Dolder: De Borg; 2017. Didden R, Moonen X, Douma J, eds. Diagnostiek en behandeling van gedragsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking.

85 Došen A. *Psychische problemen, probleemgedrag en verstandelijke beperking. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen.* Assen: Van Gorcum; 2014.

86 Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W. *Handboek psychiatrie en licht verstandelijke beperking.* Utrecht: De Tijdstroom; 2016.

87 Van den Bogaard M, Djadoenath A, Van Veghel A. The flying doctors, nurses and psychologists. LVB Onderzoek & Praktijk. *LVB Onderzoek & Praktijk.* 2019;17(2):32-36.

88 Barrett P, Lowry-Webster H, Turner C. *VRIENDEN. Werkboek voor kinderen.* Rotterdam: Erasmus MC - Sophia Kinderziekenhuis; 2000.

89 Huebner D. *Wat kun je doen als je niet durft te gaan slapen? Een help-oefenboek voor kinderen.* Amsterdam: SWP. 2019.

90 Huebner D. *Wat kun je doen als je vaak moppert? Een help-oefenboek voor kinderen.* Amsterdam: SWP. 2019.

91 Phifer LW, Crowder A, Elsenraat T, Hull R. CGT-instrumenten voor kinderen en jongeren. In. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. 2019.

92 Goosen YM. Pre-treatment module CGT. Handleiding voor de therapeut bij het werkboek 'Denken, voelen en doen'. Leiden: Rivierduinen Kristal. 2017.

93 Boelens E, Malderen, E van, Debeuf, T. Volkart, B, Verbeken S, Wante, L. & Braet, C. *EuREKA: een transdiagnostisch emotieregulatietrainingsprotocol voor kinderen en adolescenten met psychische klachten.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019.

94 Jeugdinstituut N. Werkzame elementen. www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Werkzame-elementen. Published 2019. Accessed.

95 Jeugdinstituut N. Werkzame elementen. www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Werkzame-elementen. Published 2019. Accessed.

7. Bijlage 1

7.1 Overzicht werkboeken CGT naar psychische problematiek

De werkgroep 'Werkgroep Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis van de Academische Werkplaats Kajak' heeft een overzicht gemaakt van stoornisspecifieke CGT-werkboeken die in de klinische praktijk als voorkeurstherapie bij deze doelgroep gebruikt worden met de benodigde aanpassingen (zie Handreiking cognitieve gedragstherapie bij kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en een psychiatrische stoornis: www.academischewerkplaatskajak.nl), welke in de boekhandel of *open source* te verkrijgen zijn.

Om de plaats daarvan op de zogeheten Effectiviteitsladder te bepalen, heeft de werkgroep bij het overzicht een koppeling met de Databank effectieve interventies van het NJi gemaakt. In Bijlage 2 staan de overwegingen en beperkingen zoals volgens van deze databank in relatie tot CGT (werkboeken).

Het NJI maakt bij CGT-werkboeken een onderscheid in vier niveaus van wetenschappelijke status:

1 Goed onderbouwd.
2 Effectief volgens eerste aanwijzingen.
3 Effectief volgens goede aanwijzingen.
4 Effectief volgens sterke aanwijzingen.

De werkgroep heeft er volledigheidshalve vijf categorieën aan toegevoegd:

X Registratie verlopen/niet meer aangevraagd, maar behoorde voorheen tot één van de vier bovenstaande categorieën.
Y Komt niet in de databank voor.
Z Niet erkend, omdat het niet om één interventie gaat.
***** Specifiek voor LVB ontwikkeld.
^ *Open source,* in de zin van gratis verkrijgbaar bij een instelling. Het gaat in het bijzonder om CGT-werkboeken voor volwassenen van GGZ Rivierduinen Kristal, uitgezonderd Helden en helpers van kenniscentrum Kwaliteit Forensische Zorg, Ik ben dapper van de Rijksuniversiteit Groningen en In m'n sas van Accare. De andere boeken zijn in de boekhandel of na het volgen van een cursus te verkrijgen.

In de Tabellen op de volgende bladzijden - en in bijlage 3 - staan eveneens links naar de desbetreffende websites. De houdbaarheid van deze linkjes is wellicht beperkt (4 november 2019 gekoppeld).

Tabel I. Angststoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
Dappere kat	GAS, SAS, SF, PS (+ AF)	8-18	X (was 4)
Vriendenprogramma	Angst- en stemmingsstoornissen	6-16	4
Denken + Doen = Durven	GAS, SAS, SF, PS (+ AF)	8-18	3
* Ik ben dapper (LVB-variant van Dappere kat)	GAS, SAS, SF, PS (+ AF)	8-18	Y
Je bibbers de baas	FA	9-12	1
*^ Omgaan met sociale angst	SAS	Volwassenen	Y
Wat kun je doen als je veel piekert? Een help-oefenboek voor kinderen	GAS	6-12	Y
Paniekstoornis	PS	Volwassenen	Y

Noot: GAS=Gegeneraliseerde angststoornis; SAS=sociale angststoornis; SF=specifieke fobie, PS=paniekstoornis (met AF=agorafobie); FA=faalangst; 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source.

Tabel II. Depressieve stemmingsstoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
Vriendenprogramma	Angst- en stemmingsstoornissen	6-16	4
Pak aan	Depressieve en dysthyme stoornis	8-13	1
Grip op je dip	Depressieve en dysthyme stoornis	16-25	X (was 1)
De D(o)epressiecursus	Persisterende depressieve stoornis (dysthyme stoornis)	16-21	X (was 1)
*^ Aanpakken. CGT-behandelprotocol	Depressie	Volwassenen	Y

Noot: 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source.

Tabel III. Obsessieve, compulsieve en verwante stoornissen en ticstoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
Bedwing je dwang	Dwangstoornis	12-18	2
*^ Baas over mijn dwang! CGT-behandelmethode	Dwangstoornis	Volwassenen	Y
Wat kun je doen als je gedachten vastlopen? Een help-oefenboek	Obsessief compulsieve stoornis	6-12	Y
Tics. Werkboek voor kinderen (ook werkboek voor ouders en therapeut)	Ticstoornissen	7-13	Y

Noot: 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source.

Tabel IV. Voedings- en eetstoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
Eten zonder angst	Eetstoornissen	10-20	X (was 1)
Baas over obesitas	Obesitas	15-23	Y

Noot: 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source

Tabel V. Psychotrauma en stress-gerelateerde stoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
WRITEjunior	PTSS	8-18	X (was 1)
* Slapende honden? Wakker maken!	Chronisch trauma (stabilisatie-technieken tijdens EMDR)	6-18	Y
Verwerken en versterken. Traumagerichte CGT	PTSS	8-18	y
Stabilisatietechnieken tijdens EMDR	PTSS	Volwassenen	Y

Noot: PTSS=Post-truamatische stress stoornis; 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; Z=niet erkend, omdat het niet om een interventie gaat; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source.

Tabel VI. Slaap-waakstoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
Slim slapen	Slaapstoornis	10-18	3
Wat kun je doen als je niet durft te gaan slapen? Een help-oefenboek	Slaapstoornis	6-12	Y
Verbeter je slaap	Slaapstoornis	Volwassenen	Y
Van je nachtmerries af	Slaapstoornis	Volwassenen	Y

Noot: 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4 effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y komt niet in NJi databank voor; * specifiek voor LVB ontwikkeld; ^open source.

Tabel VII. Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
Incredible years	ADHD/ GS	3-7	4
Behavioral Parent Training Groningen	ADHD	4-12	3
Minder boos en opstandig	ADHD/GS	8-12	3
* Samen stevig staan	GS	9-16	1
Pubers met ADHD. Oudertraining	ADHD	12-18	X (was 1)
Opstandige kinderen	ADHD/GS	2-12	Y
Wat kun je doen als je te snel boos bent?	GS	6-12	Y

Noot: ADHD=aandachttekort en hyperactiviteitsstoornis; GS=gedragsstoornissen; 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source.

Tabel VIII. Autisme spectrumstoornissen en realiteitstoetsingsstoornissen

Werkboek	Type stoornis/focus	Leeftijd	Effectiviteit
TOM-training	ASS	4-12	3
Behavioral Parent Training Groningen	ASS en gedragsproblemen	4-12	Y
Ik ben speciaal	ASS	6-21	Y
Ik-pubertraining	Psychoseksuele ontwikkeling bij ASS	12-18	Y
Vriendschap, een GPS op mars	Sociale ontwikkeling bij ASS	8-18	Y
*^ Psycho-educatie psychose	Psychose	Volwassenen	Y
Drie op een rij	McDD	5+	Y
Gedachten uitpluizen	Psychose	Volwassenen	Y

Noot: ASS=autisme spectrum stoornis; McDD=meervoudig complexe ontwikkelingsstoornis; 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source.

Tabel IX. Middelengebruik en verslaving

Werkboek	Type stoornis/Fodus	Leeftijd	Effectiviteit
* Take it personal!	Middelengebruik en comorbide gedragsproblemen	14-30	1
* Brains4Use	Alcohol- en druggebruik en comorbide gedragsproblemen, zo niet stoornis(sen)	12-23	1
* Sterker dan de kick	Problemen door verslaving	Volwassenen	1 (erkenningscomissie gehandicaptenzorg)
* Bordspel TRIP	Preventief en verslavings-problematiek	Volwassenen	Y
* Minder Drank of Drugs	Overmatig alcohol- en drugsgebruik	Volwassenen	Y

Noot: 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source.

Tabel X. Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
Goed in je vel (SOLK)	Lichamelijk onverklaarbare klachten	12-16	Y
Hypochondrie	Hypochondrie	Volwassenen	Y

Noot: 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; =open source.

Tabel XI. Persoonlijkheidsstoornissen

Werkboek	Type stoornis	Leeftijd	Effectiviteit
Surfen op emoties (DGT-J)	Persoonlijkheidsstoornissen	15-21	1
*^ Helden en helpers (schematherapie)	Persoonlijkheidsstoornissen	Volwassenen	Y
Schematherapie kinderen en jeugdigen	Persoonlijkheidsstoornissen	8-18	Y

Noot: DGT=dialectische gedragstherapie; 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4=effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y=komt niet in NJi databank voor; *=specifiek voor LVB ontwikkeld; ^=open source.

Tabel XII. Generieke, stoornisoverstijgend en transdiagnostische werkboeken

Werkboek	Focus	Leeftijd	Effectiviteit
Denk goed, voel je goed	Pre-treatment module CGT	8-18	Y
*^ Denken, voelen en doen	Pre-treatment module CGT	Volwassenen	Y
TOM-training	Sociaal-cognitieve vaardigheden	4-12	3
* In m'n sas	Sociaal-adaptieve vaardigheden	8-12	Y
* Op stap. Continu methodiek	Sociaal-emotionele ontwikkeling bij complexe gedragsproblemen/ 24-uurs behandeling	6+	Y
*^ Verbeter je zelfbeeld	Zelfbeeld	Volwassenen	Y
Werken aan je zelfbeeld. Comet	Zelfbeeld	8-18	Y†
Mijn zelfportret	Zelfbeeld	15-18	Y
Zelfcontrole	Zelfregulatie	8-12	X (was 3)
Aggression replacement therapy	Zelfregulatie	12-23	2
* Doen wat werkt	Zelfregulatie	12-18	X (was 1)
* Training agressie controle plus	Zelfregulatie	12-18	1
* In control! LVB	Zelfregulatie	12-22	1
*^ Controle over emoties	Zelfegulatie	Volwassenen	Y
Kids skills	Zelfregulatie	4+	Y
Mission possible	Zelfregulatie	11-18	Y
Pubervulkanen	Zelfregulatie	12-18	Y
Een vulkaan in mijn buik	Zelfregulatie	5+	Y
Wat kun je doen als je snel boos bent? Een help-oefenboek	Zelfregulatie	6-12	Y
Wat kun je doen als je vaak moppert? Een help-oefenboek	Zelfregulatie	6-12	Y
Wat kun je doen als je gewoontes wilt afleren? Een help-oefenboek voor kinderen	Zelfregulatie	6-12	Y
Je emoties de baas	Zelfregulatie	Volwassenen	Y

Noot: 1=goed onderbouwd; 2=effectief volgens 1se aanwijzingen; 3=effectief volgens goede aanwijzingen; 4 effectief volgens sterke aanwijzingen; X=registratie bij NJI verlopen/niet meer aangevraagd; Y komt niet in NJi databank voor; * specifiek voor LVB ontwikkeld; ^open source; †aanvraag beoordiling in voorbereiding.

8. Bijlage 2

8.1 Overwegingen bij het beoordelen van de effectiviteit van CGT interventies

"Wat is erover in de Databank Effectieve Interventies van het NJI terug te vinden?". Welnu, er staan thans vijf Nederlandstalige erkende interventies die zich met name op (licht) verstandelijke beperking richten (www.nji.nl/Licht-verstandelijk-beperkte-jeugd-Praktijk-Erkende-interventies). Zij staan op de 1ste trede van de effectladder, in de zin van goed onderbouwd. Er staan in de databank dus geen specifieke interventies voor deze doelgroep die hoger op deze ladder staan, met de kwalificatie 2) effectief volgens eerste aanwijzingen, 3) effectief volgens goede aanwijzingen of 4) effectief volgens sterke aanwijzingen (bewezen effectief).

Er dienen echter zes kanttekeningen bij geplaatst te worden. Op de eerste plaats houdt afwezigheid van bewijs geen bewijs van afwezigheid van effectiviteit in, zoals het NJI onderkent. [94] De meeste interventies zijn namelijk niet onderzocht, maar deze bevatten wel werkzame elementen van bewezen effectieve therapieën.

Op de tweede plaats is de databank niet uitputtend. CGT en EMDR behoren bijvoorbeeld bij traumabehandeling tot 1ste keuzetherapieën, maar zij komen er met specifieke interventies die hoog op de ladder staan niet in voor (vgl. [50] [51] [54]); iets wat eveneens voor een aantal therapieën geldt die in de weinige *state-of-the-art* studies bij KJP & LVB meegenomen zijn.

Op de derde plaats is de databank niet statisch. Over EMDR wordt bijvoorbeeld vermeld dat de erkenning verlopen is en dat de ontwikkelaar van plan is om de interventies bij de erkenningscommissie in te dienen; iets wat eveneens voor de individuele variant van Samen stevig staan en de doorontwikkeling van de groepsvariant daarvan geldt.

Op de vierde plaats dienen effectieve interventies zowel vanuit wetenschappelijk perspectief (beste beschikbare kennis uit onderzoek) als vanuit cliënten- (ervaring en voorkeur van cliënten) en therapeutenperspectief (expertise en ervaring uit de praktijk) bekeken te worden om tot geprotocolleerd maatwerk te komen en dus niet louter en alleen het wetenschappelijk perspectief.

Op de vijfde plaats ontbreekt een koppeling tussen CGT en de plaats daarvan in richtlijnen en zorgstandaarden, alwaar in bijlage 1 (CGT-werkboeken op een rij) dieper op ingegaan wordt."

Op de zesde plaats zijn er erkende interventies die breed insteken maar die zich mede op jeugdigen met een LVB richten, waarvan sommige hoger op de ladder staan dan de eerste trede. [95]

9. Bijlage 3

Alle links zijn opgehaald op 4 november 2019

9.1 Handige (hyper)links

Algemeen: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies

Angststoornissen

Vrienden: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=VRIENDEN

Je bibbers de baas: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Je+bibbers+de+baas

Dappere kat: www.rug.nl/gmw/psychology/dappere-kat/dappere-kat **en** www.dapperekat-online.nl/

Ik ben dapper: www.rug.nl/research/portal/publications/ik-ben-dapper-effectonderzoek-bij-een-cognitiefgedragstherapeutische-groepsbehandeling-voor-angstige-kinderen-met-een-cognitieve-beperking(dfafa6e6-c333-4014-b518-414b8e649d0f).html

Omgaan met sociale angst: www.rivierduinen.nl/kristal/nieuws/2018/03/behandelmodules-cgt-en-ert

Wat kun je doen als je te veel piekert? www.swpbook.com/boeken/14/boeken-voor-kinderen-tot-12-jaar/1192/wat-kun-je-doen-als-je-te-veel-piekert

Paniekstoornis: www.boompsychologie.nl/product/100-1405_Behandelprotocol-Paniekstoornis

Depressieve stemmingsstoornissen

Vrienden: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=VRIENDEN

Pak aan: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Pak+aan

Grip op je dip: www.gripopjedip.nl/

De (doe)pressiecursus: www.doepressie.nl/

Aanpakken. CGT-behandelprotocol: www.rivierduinen.nl/kristal/nieuws/2018/03/behandelmodules-cgt-en-ert

Obsessieve, compulsieve en verwante stoornissen en ticstoornissen

Bedwing je dwang: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Bedwing+je+dwang

Baas over mijn dwang. CGT-behandelmethode: www.rivierduinen.nl/kristal/nieuws/2018/03/behandelmodules-cgt-en-ert

Wat kun je doen als je gedachten vastlopen? www.swpbook.com/boeken/14/boeken-voor-kinderen-tot-12-jaar/1284/wat-kun-je-doen-als-je-gedachten-vastlopen

Tics. Werkboek voor kinderen: www.boompsychologie.nl/product/100-1409_Behandelprotocol-Tics

Voedings- en eetstoornissen

Eten zonder angst: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Eten+zonder+angst

CGT bij (LVB) jongeren met obesitas: www.bsl.nl/shop/cognitieve-gedragstherapie-bij-lvb-jongeren-met-obesitas-9789036823111.html

Psychotrauma en stressgerelateerde stoornissen

Writejunior: www.writejunior.nl/

Slapende honden? Wakker maken! www.pearsonacademy.nl/slapende-honden

Verwerken en versterken. Traumagerichte CGT: www.bsl.nl/shop/behandeling-van-trauma-bij-kinderen-en-adolescenten-9789036805735.html

Stabilisatietechnieken tijdens EMDR: poli-plus.nl/wp-content/uploads/2019/08/stabilisatietechnieken-tijdens-emdr-september-2019-ea.pdf

Slaap- en waakstoornissen

Slim slapen: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=SlimSlapen

Wat kun je doen als je niet durft te gaan slapen? www.swpbook.com/boeken/14/boeken-voor-kinderen-tot-12-jaar/1282/wat-kun-je-doen-als-je-niet-durft-te-gaan-slapen

Verbeter je slaap: www.bsl.nl/shop/verbeter-je-slaap-9789036805988.html

Van je nachtmerries af: www.bsl.nl/shop/van-je-nachtmerries-af-9789031391448.html

Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

Incredible years: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Incredible+Years+%28basis%29

Behavioral Parent Training Groningen: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Behavioral+Parent+Training+Groningen+%E2%80%93+groep+%28BPTG-G%29

Minder boos en opstandig: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Minder+boos+en+opstandig

Samen stevig staan: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Samen+Stevig+Staan

Wat kun je doen als je te snel boos bent? www.swpbook.com/boeken/14/boeken-voor-kinderen-tot-12-jaar/1185/wat-kun-je-doen-als-je-te-snel-boos-bent?gclid=EAIaIQobChMI6byYq-ys5AIVyuR3Ch2MnwisEAQYBSABEgJeAPD_BwE

Pubers met ADHD. Oudertraining: www.boompsychologie.nl/product/100-2424_Pubers-met-ADHD

Opstandige kinderen: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/behandelmethoden/opstandige-kinderen/

Autisme spectrumstoornissen en realiteitstoetsingsstoornissen

TOM-training: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=TOM-training

Behavioral Parent Training Groningen: www.accare.nl/childstudycenter/opleidingen/bijscholing/bptg-training/

Ik ben speciaal: www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&cat=1&ID=9

Ik-pubertraining: www.ikpuber.nl/

Vriendschap, een GPS op mars: www.lannoo.be/nl/producten/orthopedagogiek/vriendschap-een-gps-op-mars

3 Op een rij: http://www.wei43.nl/page8.php

Psycho-educatie psychose: www.rivierduinen.nl/kristal/professionals/uitgaven/psycho-educatie-psychose www.rivierduinen.nl/kristal/nieuws/2018/03/behandelmodules-cgt-en-ert

Gedachten uitpluizen: www.gedachtenuitpluizen.nl/?doing_wp_cron=1567246167.2627348899841308593750

Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen

Goed in je vel: www.boompsychologie.nl/product/100-1731_Goed-in-je-vel

Hypochondrie: www.boompsychologie.nl/zoeken/101-8_Behandelprotocollen-volwassenen/100-1402_Behandelprotocol-Hypochondrie-angst-voor-ernstige-ziekten

Persoonlijkheidsstoornissen

Surfen op emoties: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Dialectische-Gedragstherapie-voor-Jongeren-(DGT-J)

Helden en helpers: kfz.nl/resultaten/call-2014-25

Schematherapie kinderen en jeugdigen: www.nieuwezijds.nl/boek/schematherapie-met-kinderen-en-jongeren/

Middelengebruik en verslaving

Take it personal!: www.nji.nl/nl/Download-NJi/Werkblad/uitgebreide-beschrijving-Take-it-Personal!.pdf

Brains4Use: www.nji.nl/nl/Download-NJi/Werkblad/Uitgebreide-beschrijving-Brains4use.pdf

Sterker dan de kick: www.sterkerdandekick.nl/de-training/

Bordspel TRIP: www.trimbos.nl/docs/75f1bcfc-dc9e-45f1-9552-620188e0b1f3.pdf

Minder Drank of drugs: www.tactus.nl/storage/c5cf3d8f2ab940d10e1c294fc2fb5c01c2d99f9a/documenten/2015+LVB+MDOD+Verwijzersfolder+3.pdf

Generieke, stoornisoverstijgende/ transdiagnostische werkboeken

Denk goed, voel je goed: www.nieuwezijds.nl/boek/behandelwijzer-denk-goed-voel-je-goed/

Denken, voelen en doen: www.rivierduinen.nl/kristal/nieuws/2018/03/behandelmodules-cgt-en-ert

TOM-training: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=TOM-training

In m'n sas: www.accare.nl/childstudycenter/opleidingen/bijscholing/handboek-in-mn-sas/handboek-in-mn-sas-interesse

Module je emoties de baas: drive.google.com/file/d/0B0m_ysUDkBxRMDAxS3VIZW1xT00/view

Op stap. Continu methodiek: www.swpbook.com/boeken/45/criminaliteitspreventie-en-jeugdbescherming/2016/op-stap-continu-methodiek-voor-sociaal-emotionele-ontwikkeling

Werken aan je zelfbeeld: www.bsl.nl/shop/werken-aan-jezelf-9789036806695.html

Verbeter je zelfbeeld: www.rivierduinen.nl/kristal/nieuws/2018/03/behandelmodules-cgt-en-ert

Mijn zelfportret: www.maklu.be/MakluEnGarant/BookDetails.aspx?id=9789044127713

Zelfcontrole: www.bsl.nl/shop/zelfcontrole-9789031378319.html

ART: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/ART-Aggression-Replacement-Training

Doen wat werkt: www.elker.nl/hulpaanbod/jeugdzorgplus/

Training agressiecontrole plus: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=Training+Agressie+Controle+Plus+%28TACt+Plus%29

In control! LVB: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Zoeken-op-naam-gevonden-interventies?deinaam=In+Control%21+-+LVB

Controle over emoties: www.rivierduinen.nl/kristal/nieuws/2018/03/behandelmodules-cgt-en-ert

Kids skills: www.uitgeverijpica.nl/titels/kids-skills

Mission possible: www.uitgeverijpica.nl/titels/kids-skills/mission-possible

Pubervulkanen: www.boompsychologie.nl/product/100-2426_Pubervulkanen

Vulkaan in mijn buik: www.nieuwezijds.nl/boek/een-vulkaan-in-mijn-buik/

Wat kun je doen als je snel boos bent? www.swpbook.com/boeken/14/boeken-voor-kinderen-tot-12-jaar/1185/wat-kun-je-doen-als-je-te-snel-boos-bent?gclid=EAIaIQobChMI6byYq-ys5AIVyuR3Ch2MnwisEAQYBSABEgJeAPD_BwE

Wat kun je doen als je vaak moppert? www.swpbook.com/boeken/14/boeken-voor-kinderen-tot-12-jaar/1281/wat-kun-je-doen-als-je-vaak-moppert

Wat kun je doen als je gewoontes wil afleren? www.swpbook.com/boeken/14/boeken-voor-kinderen-tot-12-jaar/2101/wat-kun-je-doen-als-je-gewoontes-wilt-afleren

9.2 (Hyper)links naar gratis te downloaden overzichtswerken

AKWA GGZ, zorgstandaarden

Algemeen: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden

ADHD: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd

Angststoornissen: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/preview

Autisme: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/preview

Depressieve stoornissen: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/preview

Persoonlijkheidsstoornissen: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen/preview

Psychose: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/preview

AKWA GGZ, generieke modules

Algemeen: www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules

Acute psychiatrie: www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/preview

Comorbiditeit: www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/preview

Herstelondersteuning: www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning/preview

Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of licht verstandelijke beperking (LVB): www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/preview

Psychotherapie: www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychotherapie/preview

Vaktherapie: www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/preview

9.3 Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Algemeen: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/

ADHD: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/adhd/

Angst: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/angst/

Autisme: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/autisme/

Chronisch trauma: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/chronisch-trauma/

Dwang: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/dwang/

Gedragsstoornissen: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/gedragsstoornissen-odd-cd/

Psychose: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/psychose/

Stemmingsstoornissen: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/depressie/, www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/bipolaire-stoornis/ en www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/psychotische-depressie/

Tics: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/tics/

Voedings- en eetstoornissen: www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/anorexia-nervosa/, www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/boulimia/ en www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/eetbuien/

9.5 Landelijk Kenniscentrum LVB

Algemeen: www.kenniscentrumlvb.nl/publicaties/

Richtlijn Effectieve interventies LVB, geactualiseerde versie: www.kenniscentrumlvb.nl/product/publicatie-jeugdigen-en-jongvolwassenen-met-een-licht-verstandelijke-beperking/

9.6 Nederlands Jeugd Instituut

Algemeen: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-onderwerpen/Wat-werkt-bij-deze-problemen

Jeugdigen met een LVB. Wat werkt? www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_LVB.pdf

Wat werkt bij cognitieve gedragstherapie? www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-onderwerpen/Wat-werkt-bij-cognitieve-gedragstherapie

Wat werkt bij oplossingsgerichte therapie? www.nji.nl/nl/Download-NJi/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Oplossingsgerichtetherapie.pdf

Wat werk bij vaktherapie? www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-onderwerpen/Wat-werkt-bij-vaktherapie

9.7 Vereniging Cognitieve en Gedragstherapie

Algemeen: www.vgct.nl/zorgprofessionals

CGT voor mensen met een verstandelijke beperking: www.vgct.nl/themas/cgt-voor-vb/thema-cgt-voor-mensen-met-verstandelijke-beperkingen

(Hyper)links naar gratis te downloaden werkboeken, rechtstreeks of door een aanvraag in te dienen

Behandelmodules cognitieve gedragstherapie en emotieregulatie therapie: www.rivierduinen.nl/kristal/nieuws/2018/03/behandelmodules-cgt-en-ert en www.rivierduinen.nl/kristal/professionals/uitgaven/psycho-educatie-psychose

- **handleiding CGT bij depressie + werkboek voor de patiënt**
- **handleiding CGT bij OCS + werkboek voor de patiënt**
- **handleiding controle over emoties + werkboek voor de patiënt**
- **handleiding denken, voelen en doen + werkboek voor de patiënt**
- **handleiding omgaan met sociale angst + werkboek voor de patiënt**
- **handleiding paniekstoornis + werkboek voor de patiënt**
- **handleiding verbeter je zelfbeeld + werkboek voor de patiënt**
- **handleiding psycho-educatie psychose + werkboek voor de patiënt**

Helden en helpers: kfz.nl/resultaten/call-2014-25

HH1 Theoretische handleiding

HH2 Behandelprotocol

HH3 Sessie protocol

HH4 Kaarten set

HH5 Werkboek voor Deelnemers

HH6 Werkboek voor Steunsystemen

In m'n sas, handboek: www.accare.nl/childstudycenter/opleidingen/bijscholing/handboek-in-mn-sas/handboek-in-mn-sas-interesse

Module je emoties de baas: drive.google.com/file/d/0B0m_ysUDkBxRMDAxS3VIZW1xT00/view

Stabilisatietechnieken tijdens EMDR: poli-plus.nl/wp-content/uploads/2019/08/stabilisatietechnieken-tijdens-emdr-september-2019-ea.pdf

9.8 (Hyper)links naar werkboeken waarvoor een cursus gevolgd moet worden

3 Op een rij: www.wei43.nl/page8.php
(met dien verstande dat volgens de website de meest recente cursus in 2015/16 was)

Brains4Use: 180.nl/brains4use/

Kajak

ACADEMISCHE WERKPLAATS

Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
030 7400 400
www.academischewerkplaatskajak.nl
info@awkajak.nl