

Cognitieve gedragstherapie

Theorie en praktijk

Tweede editie

Judith S. Beck

Met een voorwoord van Aaron T. Beck



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD

Bepaalde toestemming tot het kopiëren van materialen

Deze materialen zijn uitsluitend bedoeld voor gebruik door erkende professionals in de geestelijke gezondheidszorg. De uitgever kent de individuele koper van dit boek het onoverdraagbare recht toe om die materialen te vermenigvuldigen die vermeld staan op pagina xviii (en welke te downloaden zijn vanaf www.nieuwezijds.nl/downloads). Deze licentie geldt alleen voor u, de individuele koper, voor het gebruik met uw cliënten en patiënten. Zij geldt niet voor samenwerkende klinici of groepspraktijken, en de aanschaf door een instelling geeft niet het recht op een site-licentie. Deze licentie geeft niet het recht om de materialen te vermenigvuldigen met het oog op doorverkoop, verspreiding, of enig ander doel (zoals door middel van boeken, pamfletten, artikelen, video- of audiotapes, handouts en sheets voor lezingen of workshops). Toestemming tot vermenigvuldigen voor deze en andere doelen moet op schrift zijn verstrekt door Uitgeverij Nieuwezijds.

Oorspronkelijke titel: *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. Guilford Publications: New York, 2011. Published by arrangement with The Guilford Press, a division of Guilford Publications, Inc.

Dit is de geheel herzien en aangevulde editie van *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* (1995), dat in het Nederlands verscheen als *Basisboek cognitieve therapie* (ThiemeMeulenhoff, 1999).

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: Wouter Scheen

Redactionele adviezen: Yvette van der Pas

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslag: Studio Jan de Boer, Amsterdam

© 2011, Judith S. Beck

© Nederlandse vertaling 2013, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 384 9

NUR 770



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Voorwoord

Door Aaron T. Beck

Het doet me groot genoeg dat het succes van de eerste editie van *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* (Nederlandse vertaling: *Basisboek cognitieve therapie*) de aanleiding vormt voor deze herziene tweede editie. Ze biedt de lezer nieuwe inzichten in deze benadering van psychotherapie en, daar ben ik van overtuigd, zal verwelkomd worden door zowel degenen die veel ervaring hebben met cognitieve gedragstherapie, als door studenten die dit onderwerp nog niet kennen. Aangezien er een enorme hoeveelheid nieuw onderzoek is gedaan en allerlei nieuwe en opwindende ideeën verder zijn uitgewerkt, kan ik alleen maar blij zijn met de inspanningen die gedaan zijn om dit boek uit te breiden en verschillende behandelmethodes en manieren van conceptualiseren erin te verwerken.

Ik wil de lezer graag mee terugnemen naar de begintijd van de cognitieve therapie en de ontwikkeling die deze sindsdien heeft doorgemaakt. Toen ik begon met de behandeling van patiënten aan de hand van een reeks therapeutische procedures, die ik vervolgens ‘cognitieve therapie’ ben gaan noemen (en nu ‘cognitieve gedragstherapie’ noem), kon ik nauwelijks bevroeden waar deze benadering – die zo sterk afweek van de psychoanalytische benadering – me zou brengen. Op grond van mijn klinische observaties en een aantal systematische klinische onderzoeken en experimenten was ik tot de conclusie gekomen dat er een denkstoornis ten grondslag lag aan psychiatrische syndromen als depressie en angst. Deze stoornis kwam tot uiting in een systematische vooringenomenheid waarmee patiënten bepaalde ervaringen interpreteerden. Door hen te wijzen op deze vooringenomenheid en alternatieven voor te stellen – dat wil zeggen, meer waarschijnlijke interpretaties – merkte ik dat ik vrijwel meteen een vermindering van de symptomen kon teweegbrengen. Het aanleren van cognitieve vaardigheden bleek deze verbeteringen te bestendigen. Dankzij deze gerichte aandacht voor problemen in het hier en nu leken de symptomen na tien tot veertien weken nagenoeg volledig te zijn verdwenen. De werkzaamheid van deze benadering bij angststoornissen, depressie en de paniekstoornis werd later bevestigd door klinisch onderzoek

dat is uitgevoerd door mijn eigen onderzoeksgroep en door andere klinici/onderzoekers.

Rond het midden van de jaren tachtig kon ik met recht stellen dat cognitieve therapie de status van een 'psychotherapeutisch systeem' had bereikt. Ze bestond uit 1) een theorie over persoonlijkheid en psychopathologie, met een solide empirisch fundament onder de basisaannamen; 2) een psychotherapeutisch model, met een aantal onderliggende beginselen en strategieën die aansloten bij de theorie over psychopathologie; en 3) stevige empirische onderzoeksbevindingen gebaseerd op klinische effectonderzoeken die de werkzaamheid van deze benadering ondersteunden.

Na die eerste ontwikkelingen heeft een nieuwe generatie therapeuten/onderzoekers/docenten onderzoek gedaan naar het theoretische model over psychopathologie en de toegepaste cognitieve gedragstherapie bij een breed scala aan psychiatrische stoornissen. Ze hebben systematisch onderzoek gedaan naar de fundamentele dimensies van persoonlijkheid en psychiatrische stoornissen, de manier waarop mensen met deze stoornissen informatie verwerken en onthouden, en de relatie tussen kwetsbaarheid en stress.

De toepassingsmogelijkheden van cognitieve gedragstherapie met betrekking tot een groot aantal psychische en medische stoornissen reiken veel verder dan ik me ooit had kunnen voorstellen toen ik mijn eerste gevallen van depressie en angst behandelde via een cognitieve gedragstherapeutische aanpak. Op basis van effectonderzoek hebben onderzoekers wereldwijd, maar in het bijzonder in de vs, kunnen vaststellen dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij zeer uiteenlopende aandoeningen, zoals de posttraumatische stressstoornis, de obsessieve-compulsieve stoornis, allerlei soorten fobieën en eetstoornissen. In combinatie met medicatie blijkt deze benadering ook effectief bij de bipolaire stoornis en schizofrenie. Daarnaast bleek cognitieve therapie ook werkzaam bij een grote diversiteit aan chronische medische stoornissen, zoals lage rugpijn, colitis, hoge bloeddruk en het chronisch vermoeidheidssyndroom.

Hoe kan een startend therapeut zich de beginselen van deze vorm van therapie eigen maken als de toepassingsmogelijkheden van deze benadering zo groot zijn? Om met *Alice in Wonderland* te spreken: 'Begin bij het begin.' Het doel van dit boek van Judith Beck, een van de meest vooraanstaande cognitief gedragstherapeuten van de tweede generatie (die als tiener als een van de eersten naar mijn uiteenzettingen over deze nieuwe theorie heeft geluisterd), is het leggen van de fundamenten voor de praktijk van de cognitieve gedragstherapie. Er is een indrukwekkende hoeveelheid verschillende toepassingen van deze aanpak, maar die zijn allemaal gebaseerd op de grondbeginselen die in dit boek worden beschreven. Zelfs ervaren cognitief gedragstherapeuten zullen dankzij dit boek hun theoretische vaardigheden kunnen aanscherpen, hun repertoire aan therapeutische technieken kunnen uitbreiden, effectievere behandelingen kunnen plannen en problemen tijdens de behandeling beter kunnen oplossen.

Geen enkel boek kan natuurlijk gesuperviseerde praktijkervaring vervangen. Maar toch is dit een belangrijk boek, dat kan worden aangevuld met supervisie door ervaren en goed opgeleide cognitief therapeuten (zie Bijlage B).

Judith Beck is uitstekend gekwalificeerd als gids op het gebied van de cognitieve gedragstherapie. De afgelopen 25 jaar heeft ze talloze workshops en trainingen over cognitieve gedragstherapie gegeven, zowel beginnende als ervaren therapeuten gesuperviseerd, behandelingsprotocollen voor verschillende stoornissen mede ontwikkeld en actief bijgedragen aan onderzoek naar cognitieve gedragstherapie. Deze brede achtergrond heeft haar in staat gesteld om een boek te schrijven dat een rijke schat aan informatie bevat over deze therapievorm. De eerste editie was de belangrijkste basistekst over cognitieve gedragstherapie in de meeste programma's voor opleidingen in de psychologie, psychiatrie, maatschappelijk werk en counseling.

De praktijk van de cognitieve gedragstherapie is niet eenvoudig. Ik heb meermaals gezien dat deelnemers aan klinische trials, die bijvoorbeeld wel weten hoe zij met 'automatische gedachten' moeten werken, geen werkelijk inzicht hadden in de manier waarop de patiënten zichzelf zien of geen notie hadden van de betekenis van het principe van 'samenwerkend empiricisme'. Met haar boek wil Judith Beck zowel de beginnende als de ervaren therapeut de grondbeginselen en de praktijkvoering van de cognitieve gedragstherapie bijbrengen. Ze is daar op een bewonderenswaardige manier in geslaagd.

Aaron T. Beck, MD

Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

Department of Psychiatry, University of Pennsylvania

Woord vooraf

De afgelopen twee decennia hebben we opwindende ontwikkelingen gezien op het gebied van de cognitieve gedragstherapie. Dankzij een enorme explosie aan onderzoek is de cognitieve gedragstherapie bij veel stoornissen de behandeling geworden die mensen als eerste kiezen, niet alleen omdat deze benadering hun lijden al snel verlicht, maar ook omdat ze hen helpt om op het goede spoor te blijven. De belangrijkste missie van onze non-profitorganisatie, het Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, is om de meest actuele training te bieden voor hulpverleners in de (geestelijke) gezondheidszorg, in Philadelphia en de rest van de wereld. Maar blootstelling aan deze vorm van psychotherapie door middel van workshops en diverse trainingsprogramma's is niet voldoende. Zelf heb ik de afgelopen 25 jaar vele duizenden mensen getraind, maar nog steeds vind ik dat ze een basishandleiding nodig hebben die ze geregeld kunnen raadplegen als ze zich de theorie, grondbeginselen en praktijkvoering van de cognitieve gedragstherapie eigen willen maken.

Dit boek is geschreven voor een breed publiek van hulpverleners in de (geestelijke) gezondheidszorg, van degenen onder hen die nog niets met cognitieve gedragstherapie te maken hebben gehad, tot degenen die al veel ervaring hebben maar die hun vaardigheden willen verbeteren, bijvoorbeeld in de manier waarop ze patiënten vanuit een cognitieve benadering kunnen conceptualiseren, of hoe ze de behandeling moeten plannen, verschillende technieken kunnen toepassen, de effectiviteit van hun behandeling kunnen bepalen en problemen kunnen aanpakken die ze tijdens een therapiesessie tegenkomen. Om de stof zo eenvoudig mogelijk aan te bieden, heb ik ervoor gekozen om door het hele boek voornamelijk één patiënt als voorbeeld te nemen (wier naam en kenmerken ik heb veranderd). Deze Suzan is in menig opzicht een ideale patiënt en haar behandeling vormt een goede illustratie van de 'standaard' cognitieve gedragstherapie bij een ongecompliceerde depressieve episode. Hoewel de beschreven behandeling geschikt is voor een duidelijke casus van depressie met angstige kenmerken, kunnen de gepresenteerde technieken ook toegepast worden op patiënten met allerlei andere problemen. De

lezer vindt ook verwijzingen naar andere stoornissen, zodat hij ziet hoe hij de behandeling daarop kan toespitsen.

De eerste editie van dit boek werd in meer dan twintig talen vertaald en ik kreeg vanuit de hele wereld feedback, die ik zo veel mogelijk in deze nieuwe editie heb verwerkt. Ik heb nieuwe tekst opgenomen over onderzoek en gedragsactivatie, de Beoordelingsschaal Cognitieve Therapie (Cognitive Therapy Rating Scale) die bij veel onderzoek en opleidingsprogramma's is gebruikt om de vaardigheden van therapeuten te meten, en een Cognitieve Casusbeschrijving (gebaseerd op de bekwaamheidseisen die de Academy of Cognitive Therapy gebruikt als voorwaarde voor het behalen van het diploma). Ik heb ook een grotere nadruk gelegd op de therapeutische relatie, geleide ontdekking en socratische dialogen, het aanmoedigen en gebruiken van de sterke kanten en hulpbronnen van patiënten, en huiswerk. Ik heb me laten leiden door mijn eigen ervaring met de klinische praktijk, en het geven van onderwijs en supervisie; door onderzoeken en publicaties op dit gebied; en door discussies met studenten en collega's, van beginner tot expert, afkomstig uit allerlei landen, die zich hebben gespecialiseerd in verschillende aspecten van cognitieve gedragstherapie en vele uiteenlopende stoornissen.

Dit boek had ik niet kunnen schrijven zonder het grensverleggende werk van de vader van de cognitieve gedragstherapie, Aaron T. Beck, tevens mijn eigen vader, die een buitengewoon wetenschapper, theoreticus, clinicus en mens is. Ik heb ook heel veel geleerd van elke supervisor, gesuperviseerde en patiënt met wie ik heb mogen werken. Ik ben hen allen veel dank verschuldigd.

Judith S. Beck, PhD

Inhoud

ONLINE MATERIALEN	XVIII	
1	INLEIDING IN DE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE	1
	Wat is cognitieve gedragstherapie?	1
	Welke theorie ligt ten grondslag aan cognitieve gedragstherapie?	3
	Wat zegt het onderzoek hierover?	3
	Hoe ontstond de cognitieve gedragstherapie van Beck?	4
	De basisprincipes van behandeling	6
	Hoe ziet een therapieessie eruit?	12
	De ontwikkeling tot cognitief therapeut	13
	Hoe je dit boek gebruikt	14
2	OVERZICHT VAN DE BEHANDELING	19
	Het ontwikkelen van de therapeutische samenwerkingsrelatie	19
	Het plannen van de behandeling en het structureren van de sessies	23
	Het identificeren van en reageren op disfunctionele cognities	24
	Het benadrukken van positieve aspecten	28
	Het stimuleren van cognitieve en gedragsverandering in de periode tussen de sessies (huiswerk)	29
3	COGNITIEVE CONCEPTUALISATIE	31
	Het cognitieve model	32
	Overtuigingen	34
	De relatie tussen gedrag en automatische gedachten	38
4	INTAKEGESPREK EN ONDERZOEKSFASE	49
	Doelen van het onderzoeksgesprek	50
	Structuur van het onderzoeksgesprek	51
	Het begin van het onderzoeksgesprek	51

	De onderzoeksfase	52
	Laatste onderdeel van het onderzoek	55
	Het betrekken van een familielid	56
	Je eerste indrukken beschrijven	56
	Het vaststellen van de voorlopige behandeldoelen en het beschrijven van je behandelplan	56
	Verwachtingen ten aanzien van de behandeling	59
	Het opstellen van een voorlopige cognitieve conceptualisatie en een behandelplan	60
5	DE STRUCTUUR VAN DE EERSTE THERAPIESESSIE	63
	Doelen en structuur van de eerste sessie	63
	Het vaststellen van de agenda	64
	Nagaan hoe de patiënt zich voelt	66
	Informereren naar de laatste ontwikkelingen	67
	Het bespreken van de diagnose	68
	Probleemidentificatie en het stellen van doelen	72
	Het cognitieve model uitleggen	74
	Het bespreken van een probleem of gedragsactivatie	77
	De afsluitende samenvatting en de huiswerkopdrachten	77
	Feedback	79
6	GEDRAGSACTIVATIE	83
	Conceptualisatie van passiviteit	83
	Conceptualisatie van gebrek aan bevredigende of plezierige activiteiten	84
	De activiteitenkaart gebruiken om de juistheid van voorspellingen te beoordelen	99
7	DE TWEEDE SESSIE EN VERVOLGSESSIES: STRUCTUUR EN OPZET	103
	Het eerste deel van de sessie	104
	Het middendeel van de sessie	114
	De afsluitende samenvatting en feedback	121
	Sessie 3 en daarna	122
8	PROBLEMEN MET HET STRUCTUREREN VAN DE THERAPIESESSIE	125
	Ideeën van de therapeut	125
	Het onderbreken van de patiënt	126
	De patiënt op de hoogte brengen van de gang van zaken	127
	De patiënt erbij betrekken	127
	Het versterken van de therapeutische samenwerkingsrelatie	128
	Stemmingscheck	129
	Beknopt overzicht	131
	Een brug tussen twee sessies	132

	Huiswerk bespreken	135
	Bespreking van de agendapunten	135
	Nieuw huiswerk afspreken	137
	Afsluitende samenvatting	137
	Feedback	138
9	HET IDENTIFICEREN VAN AUTOMATISCHE GEDACHTEN	139
	Kenmerken van automatische gedachten	139
	Automatische gedachten aan patiënten uitleggen	142
	Het ontlokken van automatische gedachten	144
	Patiënten leren om automatische gedachten te identificeren	156
10	HET IDENTIFICEREN VAN EMOTIES	159
	Hoe je automatische gedachten van emoties kunt onderscheiden	160
	Problemen met het benoemen van emoties	163
	Het beoordelen van de intensiteit van emoties	164
	Het gebruik van de emotionele intensiteit in de therapie	166
11	HET EVALUEREN VAN AUTOMATISCHE GEDACHTEN	167
	Het selecteren van automatische gedachten	167
	Vragen stellen om een automatische gedachte te evalueren	170
	De uitkomst van het evaluatieproces beoordelen	176
	Nagaan waarom de evaluatie van een automatische gedachte niet effectief was	176
	Alternatieve methoden gebruiken om patiënten te helpen hun gedachten te onderzoeken	178
	Wanneer automatische gedachten waar zijn	182
	Patiënten leren hun gedachten te evalueren	184
	Een kortere weg: de vragen helemaal niet gebruiken	185
12	REAGEREN OP AUTOMATISCHE GEDACHTEN	187
	Therapieaantekeningen doornemen	187
	Het tussentijds evalueren van en reageren op nieuwe automatische gedachten	192
	Andere manieren om op automatische gedachten te reageren	197
13	HET IDENTIFICEREN EN VERANDEREN VAN TUSSENLIIGENDE OVERTUIGINGEN	199
	Cognitieve conceptualisatie	200
	Het veranderen van overtuigingen	215
14	HET IDENTIFICEREN EN VERANDEREN VAN KERNOVERTUIGINGEN	229
	Het categoriseren van kernovertuigingen	232

	Het identificeren van kernovertuigingen	234
	Het presenteren van kernovertuigingen	236
	Patiënten leren wat kernovertuigingen zijn en hoe ze werken	236
	Het ontwikkelen van een nieuwe kernovertuiging	240
	Het versterken van nieuwe kernovertuigingen	241
	Veranderen van negatieve kernovertuigingen	242
	Het Formulier Kernovertuigingen	243
15	AANVULLENDE COGNITIEVE EN GEDRAGSMATIGE TECHNIEKEN	257
	Probleemoplossing en vaardigheidstraining	257
	Het nemen van beslissingen	259
	Het verleggen van de aandacht	261
	Het meten van stemming en gedrag met behulp van de activiteitenkaart	264
	Ontspanning en mindfulness	265
	Gestructureerde huiswerkopdrachten	265
	Blootstelling	267
	Rollenspellen	268
	Het gebruik van de ‘taarttechniek’	269
	Zelfvergelijking en positieve zelfevaluaties	273
16	VISUALISATIE	279
	Het identificeren van mentale beelden	279
	Uitleggen wat visualisatie is	281
	Reageren op spontane mentale beelden	282
	Het oproepen van mentale beelden als therapeutisch middel	290
17	HUISWERK	295
	Het geven van huiswerkopdrachten	296
	Patiënten stimuleren om het huiswerk te maken	300
	Het conceptualiseren van problemen	309
	Bespreken van het huiswerk	316
18	BEËINDIGING VAN DE BEHANDELING EN TERUGVALPREVENTIE	319
	De eerste sessie	319
	Activiteiten gedurende de therapie	321
	Activiteiten voor de afronding van de therapie	324
	Opfrissessies	328
19	HET PLANNEN VAN EEN BEHANDELING	335
	Het verwezenlijken van algemene therapeutische doelen	335
	Het plannen van de verschillende behandelfasen	336
	Het bedenken van een behandelplan	336
	Het plannen van individuele sessies	337

	Beslissen of je aandacht besteedt aan een probleem	343
	Aanpassen van de standaardbehandeling bij specifieke stoornissen	347
20	PROBLEMEN TIJDENS DE THERAPIE	349
	Het ontdekken van een bestaand probleem	349
	Het conceptualiseren van problemen	351
	Impasses	358
	Problemen oplossen die zich tijdens de therapie voordoen	359
21	JE ONTWIKKELING ALS COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUT	361
	BIJLAGE A: COGNITIEVE CASUSBESCHRIJVING	365
	BIJLAGE B: INFORMATIE OVER COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE	371
	BIJLAGE C: BEOORDELINGSSCHAAL COGNITIEVE THERAPIE	373
	LITERATUUR	381
	INDEX	387
	OVER DE AUTEUR	395

Online materialen

Bezitters van dit boek kunnen de volgende materialen downloaden van www.nieuwezijds.nl/downloads:

Figuur 5.2: Therapieverslag

Figuur 6.1: Activiteitenkaart

Figuur 13.1: Cognitief Conceptualisatiediagram

Figuur 18.3: Richtlijnen voor zelftherapiesessies

Figuur 18.5: Richtlijnen voor opfrissessies

Bijlage c: Beoordelingschaal Cognitieve Therapie

Op deze materialen is de beperkte toestemming tot kopiëren van toepassing die op de copyrightpagina staat vermeld.

1 Inleiding in de cognitieve gedragstherapie

Aan het begin van de jaren zestig nam Aaron T. Beck het initiatief tot een revolutie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Hij was in die tijd universitair docent psychiatrie aan de Universiteit van Pennsylvania. Dr. Beck was een ervaren psychoanalyticus. Hij was een wetenschapper in hart en nieren en dacht dat de medische gemeenschap de psychoanalyse alleen zou accepteren als deze een aantoonbaar empirisch fundament zou krijgen. Aan het eind van de jaren vijftig en het begin van de jaren zestig begon hij een aantal experimenten waarvan hij verwachtte dat ze zo'n fundament zouden opleveren. Het omgekeerde gebeurde echter. De resultaten van zijn onderzoek leidden ertoe dat hij op zoek ging naar alternatieve verklaringen voor depressie. Hij stelde vast dat verstoorde, negatieve cognities (vooral gedachten en overtuigingen) het voornaamste kenmerk waren van depressie en ontwikkelde een kortdurende behandeling, die voornamelijk gericht was op het toetsen van het realiteitsgehalte van de depressieve denkwijze van patiënten.

In dit hoofdstuk vind je meer informatie over deze behandelvorm, de cognitieve gedragstherapie. Aan bod komen achtereenvolgens:

- Wat is cognitieve gedragstherapie?
- Hoe werd deze ontwikkeld?
- Wat zegt het onderzoek over de werkzaamheid van deze aanpak?
- Wat zijn de belangrijkste grondbeginselen?
- Hoe kun je een effectieve cognitief gedragstherapeut worden?

Wat is cognitieve gedragstherapie?

Aaron Beck heeft in het begin van de jaren zestig een vorm van psychotherapie ontwikkeld die hij aanvankelijk 'cognitieve therapie' noemde. Deze term is tegenwoordig voor de meesten die op dit terrein werkzaam zijn synoniem

aan de term 'cognitieve gedragstherapie'. Deze laatste term gebruiken we in dit boek. Beck heeft een gestructureerde, kortdurende, op het heden gerichte psychotherapie voor depressie ontworpen, gericht op het oplossen van actuele problemen en het aanpassen van disfunctioneel (inaccuraat en/of nutteloos) denken en gedrag (Beck, 1964). Sindsdien hebben hij en anderen deze therapie aangepast en met succes toegepast op allerlei verschillende populaties en een breed scala aan stoornissen en problemen. Deze aanpassingen hebben de focus, technieken en lengte van de behandeling veranderd, maar de theoretische aannamen zijn dezelfde gebleven. In alle vormen van cognitieve gedragstherapie die van Becks model zijn afgeleid, is de behandeling gebaseerd op een cognitieve formulering, de overtuigingen en gedragsstrategieën die een specifieke stoornis kenmerken (Alford & Beck, 1997).

De behandeling is ook gebaseerd op theorievorming, of interpretatie, met betrekking tot individuele patiënten (hun specifieke overtuigingen en gedragspatronen). Dit wordt ook wel de 'conceptualisatie' genoemd. De therapeut probeert op verschillende manieren cognitieve verandering teweeg te brengen – een verandering in het denksysteem van de patiënt – om zo duurzame emotionele en gedragsverandering te bewerkstelligen.

Beck maakte gebruik van een aantal verschillende bronnen bij de ontwikkeling van deze vorm van psychotherapie, onder wie oude filosofen, zoals Epictetus, en theoretici, zoals Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus en Albert Bandura. Het werk van Beck is op zijn beurt verder uitgewerkt door andere onderzoekers en theoretici, te veel om op te noemen, in de vs en daarbuiten.

Verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie vertonen overeenkomsten met de therapie van Beck, maar leggen andere accenten in de conceptualisatie en de behandeling. Hierbij gaat het onder andere om de rationeel emotieve therapie (Ellis, 1962), de dialectische gedragstherapie (Linehan, 1993), de probleemoplossingstherapie (D'Zurilla & Nezu, 2006), de acceptatie en commitmenttherapie (Foa & Rothbaum, 1998), de cognitieve verwerkings-therapie (Resick & Schnicke, 1993), het cognitieve gedragsanalysesysteem van psychotherapie (McCullough, 1999), gedragsactivatie (Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980; Martell, Addis & Jacobson, 2001) en cognitieve gedragsmodificatie (Meichenbaum, 1977). De cognitieve gedragstherapie van Beck maakt vaak gebruik van de technieken van deze en andere psychotherapieën, binnen een cognitief kader. Historische overzichten van dit werkveld beschrijven hoe de verschillende stromingen van cognitieve gedragstherapie ontstonden en uitgroeiden (Arnkoff & Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck & Alford, 1999; Dobson & Dozois, 2009; Hollon & Beck, 1993).

Cognitieve gedragstherapie is in de loop der tijd aangepast voor patiënten met verschillende opleidings- en inkomensniveaus, en voor verschillende culturen en leeftijdsgroepen, van jonge kinderen tot oudere volwassenen. Ze wordt nu onder andere toegepast in de geestelijke gezondheidszorg en an-

dere medische instellingen, op scholen, in het kader van beroepskeuzeprogramma's en gevangenissen. Ze wordt in groeps-, relatie- en gezinsverband gebruikt. Hoewel in dit boek de nadruk vooral ligt op de individuele vorm in sessies van 45 minuten, kan de behandeling ook korter zijn. Sommige patiënten, bijvoorbeeld degenen die aan schizofrenie lijden, houden het vaak niet een hele sessie uit, en sommige behandelaars maken gebruik van cognitieve therapeutische technieken, zonder dat ze een volledige therapieessie uitvoeren, bijvoorbeeld binnen een medische of herintegratiecontext.

Welke theorie ligt ten grondslag aan cognitieve gedragstherapie?

Kort gezegd stelt het cognitieve model dat disfunctioneel denken (dat de stemming en het gedrag van de patiënt beïnvloedt) ten grondslag ligt aan alle psychische stoornissen. Als mensen leren om hun denkpatronen op een realistischer en beter aangepaste manier te beoordelen, zullen ze een verbetering ervaren in hun emotionele toestand en hun gedrag. Als je bijvoorbeeld flink depressief bent en je merkt dat je rood staat, dan kun je een automatische gedachte krijgen, een idee dat zomaar in je opkomt: 'Ik kan ook niks goed doen.' Deze gedachte kan vervolgens tot een bepaalde reactie leiden: je voelt je somber (emotie) en gaat naar bed (gedrag). Als je echter de redelijkheid van dit idee gaat onderzoeken, zou je kunnen concluderen dat er sprake is van een overgeneralisatie en dat je eigenlijk heel veel dingen goed doet. Als je de gebeurtenis vanuit dit nieuwe perspectief bekijkt, ga je waarschijnlijk beter voelen en zul je functioneler gedrag gaan vertonen.

Om een duurzaam effect te bewerkstelligen in de stemming en het gedrag van de patiënt, richten cognitief therapeuten zich op een dieper niveau van cognitie: de basisaannamen van patiënten over zichzelf, hun leefwereld en andere mensen. Modificatie van hun onderliggende disfunctionele overtuigingen veroorzaakt een duurzamere verandering. Als je bijvoorbeeld voortdurend denkt dat je maar weinig kunt, heb je de onderliggende overtuiging dat je incompetent bent. Modificatie van dit algemene idee over jezelf (door jezelf op een realistischer manier te zien, als iemand die zowel sterke als zwakke punten heeft) kan je interpretatie van specifieke dagelijkse situaties veranderen. Je denkt niet meer zo vaak dat je 'niks goed doet'. In plaats daarvan denk je misschien als je je vergist: 'Hier ben ik gewoon niet zo goed in.'

Wat zegt het onderzoek hierover?

Cognitieve gedragstherapie is uitgebreid onderzocht sinds het eerste effectonderzoek in 1977 werd gepubliceerd (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977). Op

dit moment hebben meer dan vijfhonderd effectonderzoeken de werking van de cognitieve gedragstherapie aangetoond bij een groot aantal psychiatrische stoornissen, psychische problemen en medische problemen met psychische aspecten (zie bijvoorbeeld Butler, Chapman, Forman & Beck, 2005; Chambless & Ollendick, 2001). In tabel 1.1 staan veel van de stoornissen en problemen die met succes met cognitieve gedragstherapie zijn behandeld. Een veel completere lijst is te vinden op www.beckinstitute.org.

Er zijn onderzoeken gedaan die de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie aantonen in de eerstelijnszorg (zie bijvoorbeeld Shadish, Matt, Navarro & Philips, 2000; Simons et al., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans & Beck, 2009). Uit andere onderzoeken blijkt dat door de computer ondersteunde cognitieve gedragstherapie ook effectief is (zie bijvoorbeeld Khanna & Kendall, 2010; Wright et al., 2002). En verschillende onderzoekers hebben aangetoond dat er bij diverse stoornissen neurologische veranderingen plaatsvinden die geassocieerd zijn met cognitieve gedragstherapie (zie bijvoorbeeld Goldapple et al., 2004). Honderden onderzoeksartikelen bevestigen ook het cognitieve model van depressie en angst. Clark en collega's (1999) en Clark en Beck (2010) geven een uitgebreid overzicht van deze onderzoeken.

Hoe ontstond de cognitieve gedragstherapie van Beck?

Eind jaren vijftig, begin jaren zestig besloot Aaron Beck om het psychoanalytische idee te toetsen dat depressie het gevolg is van naar binnen gewende vijandigheid, gericht op het zelf. Hij onderzocht de dromen van depressieve patiënten, die, zo voorspelde hij, meer dromen zouden hebben met het thema vijandigheid dan niet-depressieve controlepersonen. Tot zijn verrassing vond hij echter dat de dromen van depressieve patiënten minder vijandige aspecten en juist meer elementen van tekortschieten, gemis en verlies vertoonden. Hij constateerde dat deze thema's overeenkwamen met de gedachten die de patiënten hadden als ze wakker waren. De resultaten van andere onderzoeken van Beck leidden tot de veronderstelling dat een gerelateerd psychoanalytisch idee – dat depressieve patiënten de behoefte hebben om te lijden – wel eens onjuist kon zijn (Beck, 1967). Vanaf dat moment was het alsof er een hele rij dominostenen begon om te vallen. Als deze psychoanalytische concepten onjuist waren, wat was depressie dan precies?

Luisterend naar zijn patiënten op de bank begon Beck zich te realiseren dat er bij hen af en toe sprake was van twee gedachtestromen: een vrije associatieve stroom en snelle oordelende gedachten over zichzelf. Zo vertelde een vrouw bijvoorbeeld over haar seksuele wapenfeiten. Ze vertelde vervolgens dat ze zich angstig voelde. Beck interpreteerde dat zo: 'Je dacht dat ik kritiek op je zou hebben.' De patiënte was het niet met hem eens: 'Nee, ik was bang dat ik

Tabel 1.1: *Incompleet overzicht van stoornissen die met succes zijn behandeld met cognitieve gedragstherapie*

Psychiatrische stoornissen	Psychische problemen	Medische problemen met psychische aspecten
Depressieve stoornis	Relatieproblemen	Chronische rugpijn
Geriatrische depressie	Gezinsproblemen	Pijn door sikkelcelziekte
Gegeneraliseerde angststoornis	Pathologisch gokken	Migraine
Geriatrische angst	Gecompliceerde rouw	Tinnitus
Paniekstoornis	Opvoedingsproblemen	Pijn door kanker
Agorafobie	Woede en vijandigheid	Somatoforme stoornissen
Sociale fobie		Prikkelbaredarm-syndroom
Obsessieve-compulsieve stoornis		Chronische vermoeidheidssyndroom
Gedragsstoornis		Reumatische pijn
Middelenmisbruik		Erectiele disfunctie
Aandachtstekort/hyperactiviteitsstoornis		Slapeloosheid
Hypochondrie		Obesitas
Stoornis in de lichaamsbeleving		Vulvodynie
Eetstoornissen		Hoge bloeddruk
Persoonlijkheidsstoornissen		Golffoorlogsyndroom
Seksueel disfunctioneren		
Ticstoornissen (Habit disorder)		
Bipolaire stoornis (met medicatie)		
Schizofrenie (met medicatie)		

je verveelde.’ Hij sprak ook met andere depressieve patiënten en hij merkte dat ze allemaal vergelijkbare ‘automatische’ negatieve gedachten ervoeren en dat deze tweede gedachtestroom nauw verband hield met hun emoties. Hij begon de patiënten te helpen met het onderzoeken en beoordelen van, en het reageren op hun onrealistische en slecht aangepaste denkpatronen. Vervolgens verbeterde hun toestand al snel.

Beck begon de specialisten in opleiding aan de Universiteit van Pennsylvania te leren deze behandelvorm toe te passen. Zij merkten ook dat hun patiënten daar goed op reageerden. Het hoofd, A. John Rush, MD, tegenwoordig een belangrijke autoriteit op het gebied van depressie, sprak met Beck over het

uitvoeren van een effectiviteitsonderzoek. Ze waren het met elkaar eens dat een dergelijk onderzoek nodig was om de werkzaamheid van de cognitieve therapie aan te kunnen tonen. Hun gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoek onder depressieve patiënten, dat in 1977 werd gepubliceerd, toonde aan dat cognitieve therapie net zo effectief was als imipramine, een veelgebruikt antidepressivum. Het onderzoek wekte veel verbazing. Dit was een van de eerste voorbeelden van onderzoek waarbij een praattherapie werd vergeleken met medicatie. Beck, Rush, Shaw en Emery (1979) publiceerden twee jaar later het eerste handboek over cognitieve therapie.

De cognitieve therapeutische behandeling van depressie bestaat uit een aantal belangrijke componenten, waaronder een focus op patiënten helpen met het oplossen van problemen; gedragsactivatie; en het identificeren van, evalueren van en reageren op hun depressieve denkpatronen, vooral als het negatieve gedachten over henzelf, hun leefwereld en hun toekomst betreft. Eind jaren zeventig deden Beck en zijn postdocstudenten aan de Universiteit van Pennsylvania onderzoek naar angst, waarbij ze tot de conclusie kwamen dat daarbij een enigszins andere benadering nodig was. Patiënten die last hadden van angst moesten leren om het risico van angstwekkende situaties beter in te schatten, een evaluatie te maken van hun interne en externe hulpbronnen en deze te verbeteren. Ze moesten ook minder vermijdingsgedrag gaan vertonen en de confrontatie aangaan met situaties die angst oproepen, zodat ze hun negatieve voorspellingen gedragsmatig konden toetsen. Sindsdien is het cognitieve model van angst verfijnd en aangepast aan de verschillende soorten angststoornissen, heeft cognitief psychologisch onderzoek deze modellen bevestigd en hebben effectiviteitsonderzoeken aangetoond dat cognitieve gedragstherapie ook werkzaam is bij angststoornissen (Clark & Beck, 2010).

Spoel een paar decennia vooruit. Aaron Beck, zijn studenten en andere onderzoekers van over de hele wereld doen nog steeds onderzoek, ontwikkelen de theorie, passen deze aan en onderwerpen behandelingen aan onderzoek in het kader van een steeds groter wordende lijst van problemen. Aan de meeste opleidingen in de vs en in veel andere landen wordt tegenwoordig cognitieve therapie of cognitieve gedragstherapie gedoceerd.

De basisprincipes van behandeling

Hoewel therapie moet worden afgestemd op de individuele patiënt, zijn er bepaalde principes die ten grondslag liggen aan de cognitieve gedragstherapie van alle patiënten. In dit boek gebruik ik de gevalbeschrijving van een depressieve patiënte, Suzan, om deze centrale grondbeginselen te illustreren en te laten zien hoe de cognitieve theorie toegepast kan worden om de problemen van de patiënt te leren begrijpen, en hoe deze inzichten gebruikt kunnen worden om de behandeling te plannen en de therapieessies vorm te

geven. Je zou kunnen zeggen dat Suzan de ideale patiënt is, die het mogelijk maakt om een duidelijke beschrijving te geven van de praktijk van cognitieve gedragstherapie. Ik laat ook zien hoe de behandeling kan worden aangepast bij patiënten die niet zo reageren als zij, maar de lezer moet andere bronnen raadplegen om te leren hoe hij de technieken kan interpreteren en toepassen bij patiënten met andere diagnoses of bij patiënten die de therapeut voor problemen stellen.

‘Suzan’ was een 18-jarige alleenstaande vrouw die in het tweede semester van haar eerste studiejaar hulp bij mij zocht. Ze voelde zich al vier maanden erg somber en angstig, en het kostte haar moeite om haar dagelijkse bezigheden te verrichten. Haar klachten voldeden aan de criteria van een depressieve episode van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV-TR, vierde editie, tekstrevisie, American Psychiatric Association, 2000). In Bijlage A is een uitgebreider portret van Suzan te vinden.

Aan de cognitieve gedragstherapie liggen de volgende principes ten grondslag.

Principe 1. Cognitieve gedragstherapie is gebaseerd op een steeds veranderende beschrijving van de problemen van de patiënt en een individuele conceptualisatie van elke patiënt in cognitieve termen. Ik plaats Suzans problemen in drie verschillende tijds-kaders. Vanaf het begin ga ik na wat ze op dit moment denkt, gedachten die bijdragen aan haar sombere gevoelens (‘Ik ben een mislukkeling, ik doe alles verkeerd, ik word nooit gelukkig’), en wat haar *problematische gedrag* is (ze isoleert zichzelf, brengt veel nutteloze tijd in haar kamer door, vraagt niet om hulp). Dit problematische gedrag komt voort uit Suzans disfunctionele gedachten en versterkt deze. Ten tweede ga ik na welke uitlokkende factoren Suzans waarneming hebben beïnvloed toen haar depressie begon (zo zullen bijvoorbeeld het feit dat ze niet meer in het ouderlijk huis woonde en worstelde met haar studie hebben bijgedragen aan haar overtuiging dat ze incompetent is). Ten derde formuleerde ik hypotheses over de *belangrijkste gebeurtenissen tijdens haar ontwikkeling* en de *vaste denkpatronen* waarmee ze deze gebeurtenissen interpreteerde en die haar vatbaar kunnen hebben gemaakt voor depressie (zo had Suzan de gewoonte om haar sterke kanten en goede prestaties toe te schrijven aan geluk, terwijl ze meende dat haar zwakke kanten haar ‘ware’ zelf weerspiegelden).

Ik baseer mijn probleembeschrijving van Suzan op de cognitieve formulering van depressie en op de gegevens die Suzan levert tijdens het onderzoek. Op strategische momenten vertel ik Suzan over mijn ideeën om na te gaan of zij vindt dat ze ‘kloppen’. Bovendien help ik Suzan gedurende de hele therapie om haar ervaringen door een cognitieve bril te bekijken. Ze leert bijvoorbeeld om gedachten te achterhalen die zijn geassocieerd met haar onaangename af-

fect en meer adequate reacties op haar gedachten te formuleren en te evalueren. Daardoor gaat ze zich beter voelen en zich functioneler gedragen.

Principe 2. Cognitieve gedragstherapie vereist een gezonde therapeutische samenwerkingsrelatie. Zoals de meeste patiënten met een ongecompliceerde depressie en angststoornissen, heeft Suzan weinig moeite om me te vertrouwen en met me samen te werken. Ik probeer alle basisingrediënten te laten zien die nodig zijn in de hulpverleningssituatie: warmte, empathie, belangstelling, oprecht respect en deskundigheid. Ik toon mijn respect voor Suzan door empathische opmerkingen te maken, goed en zorgvuldig naar haar te luisteren, en haar gedachten en gevoelens zorgvuldig samen te vatten. Ik wijs haar op haar kleine en grote successen, en blijf optimistisch en positief. Ik vraag haar aan het eind van elke sessie ook om feedback, om er zeker van te zijn dat ze zich begrepen voelt en een positief gevoel heeft over het gesprek. Hoofdstuk 2 bevat een uitgebreidere beschrijving van de therapeutische samenwerkingsrelatie binnen de cognitieve gedragstherapie.

Principe 3. Cognitieve gedragstherapie benadrukt de samenwerking en actieve deelname. Ik moedig Suzan aan om de therapie als teamwerk te beschouwen; samen besluiten we elke sessie waar we aan gaan werken, hoe vaak we bij elkaar komen en wat Suzan tussen de sessies door aan therapeutisch huiswerk kan doen. Aanvankelijk doe ik actief suggesties over de richting van de sessies en vat ik samen wat we tijdens een sessie hebben besproken. Als Suzan minder depressief wordt, moedig ik haar aan actiever deel te gaan nemen aan de therapie sessie: beslissingen nemen over welke problemen besproken worden, zelf nagaan welke disfunctionele gedachten ze heeft, belangrijke punten samenvatten en huiswerkopdrachten bedenken.

Principe 4. Cognitieve gedragstherapie is doel- en probleemgericht. Ik vraag Suzan tijdens onze eerste sessie om haar problemen te schetsen en concrete doelen vast te stellen, zodat we beiden weten waar ze naartoe werkt. Tijdens de sessie vertelt ze bijvoorbeeld dat ze zich geïsoleerd voelt. Met mijn hulp formuleert Suzan een doel in gedragsmatige termen: nieuwe vriendschappen sluiten en meer tijd doorbrengen met huidige vrienden. Later, tijdens een gesprek over het verbeteren van haar dagelijkse bezigheden, help ik haar om gedachten te evalueren die deze doelen in de weg staan, zoals: 'Mijn vrienden vinden mijn gezelschap vervelend. Ik ben te moe om met ze uit te gaan.' Eerst help ik Suzan na te gaan of deze gedachten wel kloppen door het bewijs voor de juistheid te onderzoeken. Vervolgens wil Suzan de juistheid van deze gedachten directer toetsen aan de hand van gedragsexperimenten (zie pagina 218-219), waarin ze plannen bedenkt om iets samen met haar vrienden te doen. Als ze de onjuiste gedachten weet te herkennen en te corrigeren, kan ze haar gevoel van isolatie doorbreken aan de hand van probleemoplossingstechnieken.

Principe 5. Cognitieve gedragstherapie legt aanvankelijk de nadruk op het heden. Bij de behandeling van de meeste patiënten ligt de nadruk op hun problemen en specifieke situaties die hen nu van streek maken. Suzan gaat zich geleidelijk aan beter voelen als ze beter leert te reageren op haar negatieve denkpatronen en stappen zet om haar leven te verbeteren. Therapie begint met een onderzoek van de actuele problemen, wat de diagnose ook is. De aandacht kan om twee redenen naar het verleden verschuiven. Ten eerste als patiënten een sterke voorkeur hebben om dat te doen en de therapeutische samenwerkingsrelatie in gevaar komt als dat niet gebeurt. Ten tweede als patiënten ‘vast komen te zitten’ in hun disfunctionele denkpatronen en meer inzicht in de oorsprong van hun overtuigingen kan helpen om hun rigide ideeën aan te passen. (‘Geen wonder dat je nog steeds gelooft dat je niks kunt. Veel kinderen die hetzelfde hadden meegemaakt als jij, zouden gaan geloven dat ze niks kunnen. En toch is het misschien helemaal niet waar, of in elk geval niet helemaal waar.’)

Halverwege de therapie ga ik bijvoorbeeld in op wat er in het verleden is gebeurd om Suzan te helpen inzien welke overtuigingen ze zich als kind heeft eigen gemaakt: ‘Als ik goed presteer, ben ik de moeite waard’, en ‘Als ik niet goed presteer, ben ik een mislukking’. Ik help haar om de juistheid van deze ideeën te onderzoeken, zowel in het verleden als in het heden. Daardoor kan Suzan meer functionele en redelijke gedachten ontwikkelen. Als ze een persoonlijkheidsstoornis zou hebben, zou ik meer tijd besteden aan het bespreken van haar ontwikkeling en de overtuigingen en gedragsstrategieën die ze zich in haar kindertijd heeft eigen gemaakt.

Principe 6. Cognitieve gedragstherapie is instructief, probeert de patiënt te leren hoe deze zijn eigen therapeut kan zijn en tracht terugval te voorkomen. Tijdens onze eerste sessie vertel ik Suzan meer over de aard en het beloop van haar stoornis, over het cognitieve gedragstherapeutische proces en over het cognitieve model (dat wil zeggen hoe haar gedachten haar emoties en gedrag beïnvloeden). Ik help haar met het formuleren van doelen, het identificeren en evalueren van gedachten en overtuigingen, en het plannen van gedragsverandering. Bovendien leer ik haar *hoe* ze dat kan doen. Elke sessie zorg ik ervoor dat Suzan aantekeningen maakt van belangrijke ideeën die ze heeft opgedaan, zodat ze haar nieuwe inzichten de komende weken en na beëindiging van de therapie ook werkelijk kan benutten.

Principe 7. Het is de bedoeling dat cognitieve gedragstherapie van korte duur is. Veel patiënten met een depressie of een angststoornis krijgen een behandeling van zes tot veertien sessies. De therapeut heeft als doel om verlichting van de symptomen te bewerkstelligen, de stoornis terug te dringen, patiënten te helpen om hun meest urgente problemen op te lossen en hen vaardigheden te leren om terugval te voorkomen. Suzan komt aanvankelijk wekelijks.

(Als haar depressie ernstiger van aard zou zijn geweest of als ze suïcidaal was geweest, was de frequentie misschien hoger.) Na twee maanden besluiten we samen om te kijken of we met tweewekelijkse sessies toekunnen, en daarna met maandelijks sessies. Na afloop van de therapie plannen we periodieke ‘opfrissessies’, elke drie maanden gedurende een jaar.

Niet alle patiënten gaan echter in een paar maanden voldoende vooruit. Sommige patiënten hebben een of twee jaar therapie nodig (of misschien wel langer) om heel rigide disfunctionele overtuigingen en gedragspatronen te doorbreken die aan hun chronische problemen ten grondslag liggen. Patiënten met ernstige psychische problemen hebben mogelijk gedurende een heel lange tijd periodieke behandeling nodig om een zeker evenwicht te kunnen bewaren.

Principe 8. Cognitieve gedragstherapeutische sessies kennen een bepaalde structuur. Wat de diagnose ook is of in welk stadium de behandeling zich ook bevindt, de doeltreffendheid en de effectiviteit worden bevorderd door de sessies bewust te structureren. Tot zo’n structuur behoren een inleidend deel (het nagaan van de stemming, de voorafgaande week kort doornemen, samen een agenda opstellen voor de sessie), een middendeel (het huiswerk bespreken, problemen op de agenda doornemen, nieuw huiswerk afspreken, samenvatten) en een slotdeel (vragen om feedback). Als dit stramien gevolgd wordt, zullen patiënten het therapeutisch proces beter begrijpen en dit vergroot de kans dat ze na beëindiging van de therapie als hun eigen therapeut kunnen fungeren.

Principe 9. Cognitieve gedragstherapie leert patiënten hoe ze hun disfunctionele gedachten en overtuigingen kunnen identificeren, evalueren en ontzenuwen. Per dag kunnen patiënten tientallen of zelfs honderden automatische gedachten hebben die hun stemming, gedrag en/of lichamelijke functies (deze laatste hebben vooral betrekking op angst) beïnvloeden. Therapeuten helpen patiënten belangrijke cognities te identificeren en meer realistische, beter aangepaste ideeën toe te passen, waardoor ze zich emotioneel beter gaan voelen, functioneler gedrag gaan vertonen en/of hun fysiologische opwindning verminderen. Dat doen ze aan de hand van het proces van *geleide ontdekking*, waarbij het stellen van vragen (vaak ten onrechte als ‘socratische methode’ aangemerkt) gebruikt wordt om hun denkpatronen te onderzoeken (en dus niet met overreding, debatteren of preken). Therapeuten creëren ook ervaringen, wat wel *gedragsexperimenten* worden genoemd, aan de hand waarvan patiënten hun denkpatronen direct kunnen toetsen (bijvoorbeeld: ‘Als ik ook maar naar een plaatje van een spin kijk, word ik zo bang dat ik nauwelijks meer kan nadenken’). Op die manier doen therapeuten aan wat wel *samenwerkend empiricisme* genoemd wordt. Therapeuten weten meestal niet van tevoren in welke mate de automatische gedachte van een patiënt klopt of niet,

maar samen met de patiënt toetsen ze diens denkpatroon om nuttigere en accuratere reacties te ontwikkelen.

Toen Suzan erg depressief was, had ze gedurende de dag vele automatische gedachten, waarover ze soms spontaan vertelde. Andere gedachten moest ik haar ontlokken (door te vragen wat ze dacht als ze overstuur was of zich disfunctioneel gedroeg). We brachten vaak belangrijke automatische gedachten aan het licht als we over een van haar problemen spraken, en samen onderzochten we de betrouwbaarheid en het nut ervan. Ik vroeg haar om haar nieuwe inzichten samen te vatten, die we vervolgens noteerden, zodat ze deze de rest van de week kon gebruiken om zich voor te bereiden op deze of vergelijkbare automatische gedachten. Ik moedigde haar niet aan om kritiekloos een positiever standpunt in te nemen of de betrouwbaarheid van haar automatische gedachten op de proef te stellen, noch probeerde ik haar ervan te overtuigen dat haar denkpatronen onrealistisch pessimistisch waren. In plaats daarvan onderwierpen we de bewijzen samen aan een onderzoek.

Principe 10. Cognitieve gedragstherapie maakt gebruik van verschillende technieken om het denken, de stemming en het gedrag te veranderen. Hoewel cognitieve strategieën, zoals de socratische methode en geleide ontdekking, een belangrijk onderdeel uitmaken van de cognitieve gedragstherapie, zijn gedragsmatige en probleemoplossingstechnieken essentieel, net als technieken afkomstig uit andere therapeutische richtingen die binnen het cognitieve kader worden toegepast. Zo gebruikte ik bijvoorbeeld op de Gestalttherapie gebaseerde technieken om Suzan te helpen begrijpen op welke manier ervaringen met het gezin waarin ze opgroeide bijdroegen aan haar overtuiging dat ze niets kon. Ik maakte gebruik van psychodynamische technieken bij enkele As II-patiënten die hun vertekende ideeën over mensen toepasten in de therapeutische relatie. Het soort technieken dat je kiest, zal beïnvloed worden door de conceptualisatie van de patiënt, het probleem dat jullie bespreken en de doelen die je voor de sessie hebt gesteld.

Deze basisprincipes zijn van toepassing op alle patiënten. In de therapeutische praktijk kunnen er echter tussen patiënten aanzienlijke verschillen optreden, die samenhangen met de aard van hun problemen, hun levensstadium, en hun ontwikkelings- en intellectuele niveau, hun geslacht en culturele achtergrond. De behandeling varieert ook afhankelijk van onder andere de doelen van de patiënten, hun vermogen om een sterke therapeutische samenwerkingsrelatie te vormen, hun motivatie om te veranderen, hun eerdere ervaringen met therapie en hun voorkeuren ten aanzien van de behandeling.

De accenten die in de behandeling worden gelegd, hangen ook af van de specifieke stoornis(sen) van de patiënt. Bij cognitieve gedragstherapie voor een paniekstoornis wordt het rampdenken van de patiënt onder de loep genomen (vaak onjuiste levens- en oordeelsvermogenbedreigende voorspellingen),

of lichamelijke of geestelijke sensaties (Clarke, 1989). Voor anorexia is een aanpassing van overtuigingen over eigenwaarde en controle nodig (Garner & Bemis, 1985). Behandeling van middelenmisbruik richt zich op negatieve overtuigingen over het zelf en over het middelengebruik (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

Hoe ziet een therapieessie eruit?

De structuur van therapieessies is vrijwel gelijk voor de verschillende stoornissen, maar interventies kunnen van patiënt tot patiënt aanzienlijk verschillen. (Op de website van de Academy of Cognitive Therapy www.academyofct.org is een lijst met boeken te vinden die de cognitieve formulering, belangrijke accenten, strategieën en technieken beschrijven voor een grote hoeveelheid diagnoses, patiëntvariabelen en behandelingsformats en -settingen.) Hieronder volgt een algemene beschrijving van behandelingsessies en de loop van een behandeling, in het bijzonder voor depressieve patiënten.

Aan het begin van elke sessie herbevestig je de therapeutische samenwerkingsrelatie, ga je na wat de stemming van de patiënt is, van welke symptomen er sprake is, wat de patiënt de afgelopen week heeft ervaren en je vraagt de patiënt de problemen te beschrijven waarbij hij de meeste hulp nodig heeft. Deze problemen kunnen zich gedurende de week hebben voorgedaan en/of het kan gaan om problemen waarvan de patiënt verwacht dat ze de komende week (weken) zullen ontstaan. Je bekijkt ook samen de zelfhulpactiviteiten ('huiswerk' of 'actieplan') die de patiënt sinds de vorige sessie heeft ontplooid. Bij de bespreking van een specifiek probleem dat de patiënt op de agenda heeft gezet, verzamel je gegevens over het probleem, waarbij je de problemen van de patiënt op cognitieve wijze conceptualiseert (je vraagt naar zijn specifieke gedachten, emoties en gedragingen die geassocieerd zijn met het probleem), en plannen jullie samen een strategie. Deze strategie bestaat meestal uit probleemoplossing, een evaluatie van de negatieve gedachten van de patiënt over het probleem en/of gedragsverandering.

Suzan, de studente, heeft bijvoorbeeld problemen met studeren. Ze heeft hulp nodig bij het evalueren van en reageren op haar gedachten ('Wat doet het er nog toe? Ik zak toch'), voordat ze in staat is om haar studieprobleem op te lossen. Ik zorg ervoor dat Suzan de situatie accurater inschat en interpreteert, en dat ze heeft bepaald welke oplossingen ze de komende week gaat toepassen (bijvoorbeeld beginnen met relatief makkelijker taken, na elke twee pagina's lezen voor zichzelf samenvatten wat ze heeft gelezen, kortere studiesessies plannen, gaan wandelen bij wijze van pauze en een student-assistent om hulp vragen). Tijdens onze sessie bereiden we Suzan voor op veranderingen in haar denken en gedrag gedurende de komende week, die op hun beurt leiden tot een verbetering in haar stemming en functioneren.

Nadat we een probleem hebben besproken en samen het therapeutisch huiswerk hebben bepaald, gaan Suzan en ik met het volgende probleem van de agenda aan de slag en herhalen we het proces. Aan het eind van de sessie nemen we nog eens de belangrijkste punten door. Ik probeer de kans dat Suzan haar huiswerkopdrachten ook werkelijk doet, zo groot mogelijk te maken en vraag haar om feedback over de sessie.

De ontwikkeling tot cognitief therapeut

Op het eerste gezicht lijkt cognitieve gedragstherapie bedrieglijk eenvoudig. Het cognitieve model, dat stelt dat onze gedachten worden beïnvloed door onze emoties en ons gedrag, is niet erg ingewikkeld. Ervaren cognitief gedragstherapeuten doen echter een groot aantal dingen tegelijk: zich een beeld vormen van de patiënt en zijn probleem, een relatie met de patiënt opbouwen, de patiënt voorzien van informatie, problemen identificeren, gegevens verzamelen, hypothesen toetsen en overzicht geven. De beginnende cognitief gedragstherapeut moet daarentegen meestal bedachtzamer en gestructureerder te werk gaan, en niet alle aspecten tegelijk aanpakken. Hoewel het er uiteindelijk om gaat al deze elementen te integreren en de therapie zo effectief en efficiënt mogelijk uit te voeren, moeten beginners eerst leren hoe ze de therapeutische samenwerkingsrelatie kunnen ontwikkelen en hoe ze een totaalbeeld van de casus krijgen. Daarnaast moeten ze de technieken van cognitieve gedragstherapie onder de knie krijgen. Dat alles moeten ze stap voor stap leren.

De ontwikkeling tot cognitief gedragstherapeut verloopt in drie fasen. (Daarbij ga ik ervan uit dat de therapeut al bepaalde basisvaardigheden beheerst: hij moet goed kunnen luisteren, empathie en belangstelling tonen, een positieve, respectvolle houding innemen, oprecht zijn, en een goed inzicht, zelfreflectie en overzicht ontwikkelen. Therapeuten die deze vaardigheden nog niet bezitten, roepen vaak een negatieve reactie op bij patiënten.) In de eerste fase leer je basisvaardigheden om de problemen van de patiënt te conceptualiseren in cognitieve termen, op basis van het intakegesprek en de gegevensverzameling tijdens de sessie. Je leert ook een sessie te structureren, je inzichten met betrekking tot de patiënt toe te passen en een behandeling te plannen. Verder help je patiënten met het oplossen van problemen en een andere interpretatie vinden van hun disfunctionele gedachten. Je leert ook hoe je de cognitieve en gedragsmatige basistechnieken moet toepassen.

In de tweede fase leer je hoe je je conceptualisatie en je kennis van technieken kunt integreren. Je krijgt steeds meer inzicht in het verloop van het therapeutisch proces. Je bent beter in staat om de belangrijkste behandeldoelen te identificeren en de patiënten en hun problemen te conceptualiseren, je verfijnt gedurende de sessie je conceptualisatie en gebruikt deze om beslissingen te nemen over interventies. Je breidt je repertoire aan technieken uit en wordt

steeds beter in het selecteren, timen en toepassen van de meest geschikte technieken.

In de derde fase zul je veel meer automatisch nieuwe gegevens integreren in je conceptualisatie. Je verfijnt je vermogen om hypothesen te vormen, om je ideeën over de patiënt te bevestigen of aan te passen. Je varieert de structuur en technieken als dat nodig is, vooral bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en andere moeilijke stoornissen en problemen.

Als je al ervaring hebt met een andere vorm van psychotherapie is het van belang dat je samen met de patiënten besluit om de cognitieve gedragstherapeutische benadering toe te gaan passen, waarbij je uitlegt wat je anders wilt gaan aanpakken en waarom je dat wilt doen. De meeste patiënten stemmen met een dergelijke verandering van aanpak in als deze op een positieve wijze wordt gepresenteerd en wanneer duidelijk wordt gemaakt dat ze er baat bij hebben. Als patiënten twijfelen, kun je voorstellen de verandering (zoals het opstellen van een agenda voor de sessies) als een ‘experiment’ te beschouwen en aangeven dat ze daar niet aan gebonden zijn. Zo kun je ze er wellicht toch toe overhalen om het te proberen.

THERAPEUT: Michiel, ik heb laatst een interessant boek gelezen over manieren om de therapie effectiever te maken. Daarbij moest ik aan jou denken.

PATIËNT: O ja?

THERAPEUT: Ja. En ik heb ook al wat ideeën om ervoor te zorgen dat je sneller beter wordt. [zoekt samenwerking] Vind je het goed als ik daar meer over vertel?

PATIËNT: Oké.

THERAPEUT: Een van de dingen waarover ik heb gelezen, was het opstellen van een agenda. Dat betekent dat ik je aan het begin van elke sessie vraag bij welke problemen je graag hulp wilt tijdens de sessie. Je vertelt dan bijvoorbeeld dat je problemen hebt met je baas of in het weekend moeite hebt om uit bed te komen. Of dat je je grote zorgen maakt over je financiën. *(pauze)* Als ik je aan het begin naar de problemen vraag, kunnen we bekijken hoe we de tijd die we tijdens een sessie hebben, beter kunnen verdelen. *(pauze)* [vraagt om feedback] Hoe vind je dat?

Hoe je dit boek gebruikt

Dit boek is bestemd voor hulpverleners die ongeacht hun ervaring en vaardigheden de belangrijkste bouwstenen van cognitieve conceptualisatie en behandeling niet beheersen. Om te begrijpen hoe en wanneer je bij individuele patiënten de standaardbehandeling moet variëren, is het van groot belang dat je de basiselementen van de cognitieve gedragstherapie beheerst.

Je kunt je ontwikkeling als cognitief gedragstherapeut bevorderen als je de

in dit boek beschreven technieken op jezelf toepast. Ga om te beginnen onder het lezen je eigen gedachten en overtuigingen conceptualiseren. Let op veranderingen in je affect. Als je merkt dat je stemming in negatieve richting is veranderd (of als je merkt dat je disfunctioneel gedrag vertoont of lichamelijke sensaties ervaart die geassocieerd zijn met een negatief affect), stel je jezelf de vraag welke emotie je voelt. Daarnaast stel je jezelf de belangrijkste vraag van de cognitieve gedragstherapie:

Wat ging er zojuist door mijn hoofd?

Op die manier leer je jezelf om je eigen automatische gedachten te identificeren. Als je de basisvaardigheden van de cognitieve gedragstherapie eigen maakt door jezelf als onderwerp te nemen, zul je beter in staat zijn om je patiënten dezelfde vaardigheden te leren.

Het is vooral nuttig om onder het lezen van dit boek je eigen automatische gedachten te identificeren en de technieken bij je patiënten uit te proberen. Als je bijvoorbeeld merkt dat je een beetje overstuur begint te raken, stel je jezelf de vraag: 'Wat ging er zojuist door mijn hoofd?' Dan ontdek je misschien automatische gedachten als de volgende:

'Dit is veel te moeilijk.'
'Misschien krijg ik dit nooit onder de knie.'
'Daar voel ik me niet prettig bij.'
'Wat doe ik als ik het probeer en het niet blijkt te werken?'

Ervaren therapeuten met een andere theoretische achtergrond merken mogelijk dat ze andere automatische gedachten hebben:

'Dit werkt nooit.'
'De patiënt vindt het vast niks.'
'Het is veel te oppervlakkig/gestructureerd/simpel.'

Als je je gedachten hebt geïdentificeerd, kun je ze noteren en je weer op het lezen richten. Of je kunt hoofdstuk 11 en 12 lezen, waarin wordt beschreven hoe je automatische gedachten kunt evalueren en wat je er vervolgens mee kunt doen. Door je op je eigen gedachten te richten, zul je niet alleen je vaardigheid in de cognitieve gedragstherapie vergroten, maar ben je ook in de gelegenheid

om disfunctionele gedachten te veranderen en je stemming (en gedrag) op een positieve manier te beïnvloeden, waardoor je meer zult openstaan voor de leerstof.

Een analogie die veel bij patiënten wordt gebruikt, is ook van toepassing op de beginnende cognitief gedragstherapeut. Het aanleren van de vaardigheden van de cognitieve gedragstherapie komt overeen met het aanleren van andere soorten vaardigheden. Herinner je je nog hoe je hebt leren autorijden of een nieuwe computer of smartphone leerde gebruiken? Voelde het aanvankelijk niet erg onwennig? Ging je aandacht uit naar allerlei details en bewegingen die je nu als vanzelfsprekend beschouwt en soepel uitvoert? Ben je ooit ontmoedigd geraakt? En ging je het proces steeds beter begrijpen naarmate je vorderingen maakte, en werd het niet steeds makkelijker? Bereikte je uiteindelijk een punt waarop je de taak met relatief gemak en zelfvertrouwen kon uitvoeren? Bij de meeste mensen is het aanleren van een vaardigheid die ze nu beheersen op een vergelijkbare manier verlopen.

Voor de beginnende cognitief gedragstherapeut verloopt het leerproces op dezelfde wijze. Houd je doelen bescheiden, omschrijf ze duidelijk en zorg dat ze realistisch zijn – precies wat je bij je patiënten zult doen. Schrijf elke kleine vooruitgang op je eigen conto. Vergelijk je voortgang met je vaardigheidsniveau van voor je met dit boek begon of met het moment waarop je voor het eerst hoorde over cognitieve gedragstherapie. Wees je bewust van mogelijkheden om op negatieve gedachten te reageren waarbij je jezelf ten onrechte vergelijkt met ervaren cognitief gedragstherapeuten, of je je zelfvertrouwen ondermijnt door je huidige niveau af te meten aan het doel dat je uiteindelijk wilt bereiken.

Als je het moeilijk vindt om cognitieve gedragstherapie op patiënten toe te passen, maak je een zogenaamde ‘coping-kaart’, een systeemkaartje waarop je stellingen noteert die je wilt onthouden. Mijn psychiatriestudenten hebben vaak last van nutteloze gedachten als ze op het punt staan hun eerste patiënt te ontmoeten. Ik vraag hen dan om een kaart te maken die deze gedachten tegengaat. Zo’n kaart ziet er bij iedereen natuurlijk anders uit, maar komt globaal overeen met het volgende voorbeeld:

Het doel voor vandaag is niet de genezing van de patiënt. Dat verwacht niemand van me.

Het doel voor vandaag is het opbouwen van een samenwerkingsrelatie, zo mogelijk een aantal problemen op te lossen en mijn cognitieve gedragstherapeutische vaardigheden te verbeteren.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Als ze deze kaartjes lezen, neemt hun bezorgdheid meestal af en kunnen ze hun aandacht weer richten op hun patiënten.

Het is de bedoeling dat je de hoofdstukken in dit boek in de gepresenteerde volgorde leest. Misschien wil je de inleidende hoofdstukken overslaan om meteen met de delen over technieken te beginnen. Bij de toepassing van cognitieve gedragstherapie gaat het echter niet alleen om het gebruik van cognitieve en gedragstechnieken. Het draait ook om de accurate en effectieve toepassing van een groot aantal technieken die gebaseerd zijn op je conceptualisatie van de patiënt. Het volgende hoofdstuk geeft een overzicht van de behandeling. Dit wordt gevolgd door een hoofdstuk over conceptualisatie. Hoofdstuk 4 beschrijft het onderzoeksproces en hoofdstuk 5 tot en met 8 laten zien hoe je sessies kunt structureren en wat je tijdens een sessie moet doen. Hoofdstuk 9 tot en met 14 beschrijven de bouwstenen van de cognitieve gedragstherapie: het identificeren van de cognities en emoties, en manieren om op een goede wijze op automatische gedachten en overtuigingen te reageren. Hoofdstuk 15 behandelt nog een aantal andere cognitieve en gedragstechnieken, en in hoofdstuk 16 vind je mentale voorstellingsoefeningen. Huiswerk komt in hoofdstuk 17 aan de orde. Hoofdstuk 18 beschrijft de beëindiging van de therapie en hoe je terugval kunt voorkomen. Deze hoofdstukken leggen het fundament voor hoofdstuk 19 en 20: het plannen van de behandeling en diagnostische problemen tijdens de behandeling. Hoofdstuk 21 geeft ten slotte richtlijnen aan de hand waarvan je je eigen ontwikkeling als cognitief therapeut kunt bevorderen.

Over de auteur

Judith S. Beck is directeur van het Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy en Clinical Associate Professor of Psychology in Psychiatry aan de University of Pennsylvania School of Medicine. Ze heeft bijna honderd artikelen en hoofdstukken geschreven, naast verschillende boeken voor professionals en niet-professionele lezers. Ze heeft honderden presentaties gehouden, nationaal en internationaal, over onderwerpen die te maken hebben met cognitieve gedragstherapie. Ze heeft de Beck Youth Inventories en de Personality Belief Questionnaire mede ontwikkeld. Dr. Beck is medeoprichter en voormalig voorzitter van de Academy of Cognitive Therapy.