

Cognitieve gedragstherapie

Theorie en praktijk

Derde, geheel herziene editie

Judith S. Beck

Met een voorwoord van Aaron T. Beck



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Oorspronkelijke titel: *Cognitive Behavior Therapy, Third Edition: Basics and Beyond*.
New York, The Guilford Press, 2021.

Eerste editie: *Basisboek cognitieve therapie* (ThiemeMeulenhoff, 1999)

Tweede editie (drie drukken) juni 2013

Derde, geheel herziene editie, 2022

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: Wouter Scheen, Amsterdam en Janine Langeveld, Amsterdam

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslag: Buro Blikgoed, Haarlem

Copyright © 2021, 2022 Judith S. Beck. Published by arrangement with
The Guilford Press

© Nederlandse vertaling 2013, 2022, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 557 7

NUR 777

www.nieuwezijds.nl



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.

*Voor mijn vader, Aaron T. Beck, en de geweldige medewerkers
van het Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy*

Voorwoord

Het doet me groot genoeg dat deze derde editie van *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (Nederlandse vertaling: *Cognitieve gedragstherapie: theorie en praktijk*) wordt gepubliceerd. In de afgelopen tien jaar heeft de cognitieve gedragstherapie (CGT) een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Een van de factoren die deze nieuwe editie zo waardevol maken is dat binnen het kader van het cognitieve model gebruik wordt gemaakt van diverse technieken uit andere psychotherapieën. Je zult belangrijke interventies tegenkomen uit de acceptatie- en commitmenttherapie, de dialectische gedragstherapie, op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (MBCT) en andere therapieën. Minstens zo belangrijk is echter de grote rol die wordt toegekend aan de herstelgerichte of op sterke punten gerichte benadering als fundamenteel onderdeel van de cognitieve gedragstherapie. Door het hele boek wordt dezelfde depressieve patiënt gevolgd. Van hem kun je ook video's van therapie sessies bekijken en bijbehorende werkbladen downloaden. Daarnaast wordt een tweede, complexere patiënt gevolgd om te illustreren welke variaties je kunt toepassen als zich moeilijkheden voordoen in de behandeling.

Toen ik in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw begon met het ontwikkelen van cognitieve therapie, richtte ik me met de conceptualisatie en behandeling van patiënten voornamelijk op hun problemen, negatieve cognities en disfunctionele copingstrategieën. 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 stevig 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.

Nu, aan het begin van het derde decennium van het derde millennium, hebben we een andere benadering in onze conceptualisatie en behandeling ontwikkeld. Hoewel negatieve ervaringen van patiënten nog steeds belangrijk

zijn, is het minstens even belangrijk om hun aspiraties, waarden, doelen, sterke punten en hulpbronnen te conceptualiseren en deze positieve aspecten in de behandeling te integreren om hen te helpen specifieke stappen te zetten naar wat voor hen belangrijk is. Daarnaast is het belangrijk om te anticiperen op de obstakels die ze daarbij mogelijk tegenkomen, gebruik te maken van basisvaardigheden uit de cognitieve gedragstherapie (zoals cognitieve herstructurering, probleemoplossing en vaardigheidstraining) om deze obstakels te overwinnen en om hen te helpen positieve conclusies te trekken uit hun ervaringen.

Deze derde editie van de basistekst op dit gebied biedt lezers nieuwe inzichten in de cognitieve gedragstherapie van de 21e eeuw en bevat waardevolle informatie voor zowel ervaren therapeuten als studenten die nog niet bekend zijn met dit onderwerp. Gezien de enorme hoeveelheid aan nieuwe onderzoeken en nieuwe ideeën, die de cognitieve gedragstherapie in opwindende nieuwe richtingen bewegen, juich ik het enorm toe dat dit boek is uitgebreid met enkele nieuwe manieren voor het conceptualiseren en voor het behandelen van onze patiënten.

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 depressieve en angstige patiënten behandelde met cognitieve gedragstherapie. Het indrukwekkende scala aan verschillende toepassingen van cognitieve gedragstherapie is gebaseerd op de grondbeginselen die in dit boek worden uiteengezet. Dit boek werd geschreven door Dr. 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. Het leert aankomende therapeuten alle ins en outs van deze therapievorm. Maar ook ervaren therapeuten die volledig thuis zijn in de traditionele cognitieve gedragstherapie zullen dit boek behulpzaam vinden als ze gaan werken vanuit een sterkepuntenbenadering, bij het aanscherpen van hun conceptualisatievaardigheden, het uitbreiden van hun repertoire aan therapeutische technieken, het plannen van een effectiever behandeltraject en bij het oplossen van problemen die zich tijdens de therapie voordoen. Hoewel geen enkel boek de waardevolle ervaring van supervisie in cognitieve gedragstherapie kan vervangen, zal deze enorm verrijkt worden door dit werk.

Judith Beck is uitstekend gekwalificeerd als gids op het gebied van de cognitieve gedragstherapie. De afgelopen 35 jaar heeft ze over de hele wereld en online talloze workshops en trainingen over cognitieve gedragstherapie gegeven, zowel beginnende als ervaren therapeuten gesuperviseerd, behandelprotocollen voor verschillende stoornissen mede ontwikkeld en actief bijgedragen aan onderzoek naar cognitieve gedragstherapie. Met deze brede achtergrond als basis heeft ze een boek geschreven dat een rijke schat aan informatie bevat om deze therapievorm toe te passen. De eerdere edities waren de belangrijkste basistekst over cognitieve gedragstherapie in de meeste programma's voor op-

leidingen in de psychologie, psychiatrie, maatschappelijk werk en counseling.

De praktijk van de cognitieve gedragstherapie is niet eenvoudig. Te veel behandelaars in de psychische gezondheidszorg noemen zichzelf cognitief gedragstherapeut, terwijl ze niet eens over de meest basale conceptualisatie- en behandelvaardigheden beschikken. 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

Inhoud

1	INLEIDING IN DE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE	1
	Wat is cognitieve gedragstherapie?	2
	Het theoretische model dat ten grondslag ligt aan cognitieve gedragstherapie	4
	Onderzoek met betrekking tot cognitieve gedragstherapie	5
	De ontwikkeling van de cognitieve gedragstherapie van Beck	6
	Herstelgerichte cognitieve therapie	7
	Een voorbeeld van een typische cognitieve interventie	8
	Hoe je een effectieve cognitief gedragstherapeut wordt	9
	Hoe je dit boek gebruikt	13
	Samenvatting	14
2	OVERZICHT VAN DE BEHANDELING	17
	De basisprincipes van behandeling	17
	Samenvatting	26
3	COGNITIEVE CONCEPTUALISATIE	27
	Inleiding tot cognitieve conceptualisatie	27
	Het conceptualisatieproces starten	29
	Automatische gedachten helpen je om de reacties van patiënten te verklaren	29
	Overtuigingen	31
	Tussenliggende overtuigingen: Attitudes, regels en aannamen	36
	Een complexer cognitief model	37
	Conceptualisatie van Abe	38
	De cognitieve conceptualisatiediagrammen	45
	Samenvatting	55
4	DE THERAPEUTISCHE RELATIE	57
	Vier essentiële richtlijnen	58

	Goede therapeutische vaardigheden tonen	59
	Het affect van je patiënten in de gaten houden en om feedback vragen	61
	Samenwerken met patiënten	62
	De therapeutische relatie afstemmen op het individu	63
	Zelfonthulling gebruiken	63
	Breuken in de relatie herstellen	65
	Patiënten helpen generaliseren naar andere relaties	68
	Je negatieve reacties naar patiënten managen	69
	Samenvatting	71
5	HET ONDERZOEKSGESPREK	73
	Doelen van het onderzoeksgesprek	74
	Structuur van het onderzoeksgesprek	75
	Deel 1: Beginnen met het onderzoeksgesprek	75
	Deel 2: Het onderzoek uitvoeren	77
	Deel 3: Je diagnostische indrukken beschrijven, brede doelen opstellen en je algemene behandelplan beschrijven	81
	Deel 4: Het actieplan opstellen	83
	Deel 5: Verwachtingen voor de behandeling geven	85
	Deel 6: De sessie samenvatten en feedback vragen	86
	Activiteiten tussen het onderzoeksgesprek en de eerste therapieessie	87
	Samenvatting	87
6	DE EERSTE THERAPIESESIE	89
	Stemmingscheck	91
	Controle van medicatie en andere behandelingen	92
	Het voorlopig vaststellen van de agenda	93
	Update en bespreking van het actieplan	94
	Diagnose en psycho-educatie over depressie	98
	Waarden en aspiraties identificeren	105
	Doelen opstellen (deel 1)	109
	Doelen opstellen (deel 2)	110
	Activiteiten plannen	112
	Samenvatting aan het eind van sessies	113
	Feedback	113
7	ACTIVITEITEN PLANNEN	117
	Conceptualisatie van passiviteit	118
	Conceptualisatie van een gebrek aan voldoening of plezier	120
	Activiteiten plannen	120
	Een activiteitenkaart gebruiken	128
	Activiteiten een cijfer geven	129
	Typen activiteiten	130

	De activiteitenkaart gebruiken om voorspellingen te beoordelen	131
	Samenvatting	133
8	ACTIEPLANNEN	135
	Actieplannen opstellen	136
	Typen onderdelen op het actieplan	136
	Patiënten aanmoedigen actieplannen op te stellen	138
	De kans vergroten dat patiënten zich aan hun actieplannen houden	139
	Problemen van tevoren voorzien en voorkomen	143
	Vorbereiden op een mogelijk negatief resultaat	148
	Actieplannen bespreken	149
	Problemen conceptualiseren	150
	Samenvatting	159
9	HET PLANNEN VAN EEN BEHANDELING	161
	Therapeutische doelen verwezenlijken	161
	De behandeling over verschillende sessies indelen	163
	Het bedenken van een behandelplan	164
	Het plannen van een behandeling om een specifiek doel te verwezenlijken	164
	Het plannen van individuele sessies	166
	Beslissen of de focus op een probleem of doel moet liggen	170
	Patiënten helpen een problematische situatie te identificeren	172
	Samenvatting	174
10	STRUCTUREREN VAN THERAPIESESSIES	177
	Inhoud van sessies	177
	Het eerste deel van de sessie	178
	Het middendeel van de sessie	188
	Afsluitende samenvatting, check van het actieplan en feedback	191
	Samenvatting	193
11	PROBLEMEN MET HET STRUCTUREREN VAN SESSIES	195
	Algemene problemen bij het structuren	195
	Veelvoorkomende problemen bij vaste onderdelen van sessies	200
	Afwijken van de agenda	210
	Als patiënten tegen het eind van een sessie in een negatieve stemming zijn	211
	Samenvatting	212
12	HET IDENTIFICEREN VAN AUTOMATISCHE GEDACHTEN	213
	Kenmerken van automatische gedachten	214
	Automatische gedachten aan patiënten uitleggen	217
	Het ontlokken van automatische gedachten	218
	Een uitgebreid cognitief model	219

	Vormen van automatische gedachten	221
	Problemen met het ontlocken van automatische gedachten	224
	Patiënten leren hun automatische gedachten te identificeren	227
	Samenvatting	228
13	EMOTIES	229
	Positieve emoties opwekken en versterken	230
	Negatieve emoties labelen	231
	Het beoordelen van de intensiteit van emoties	232
	Automatische gedachten onderscheiden van emoties	234
	Verbanden leggen tussen de inhoud van automatische gedachten en emoties	236
	Negatieve emoties versterken	237
	Overtuigingen over negatieve emoties testen	237
	Technieken om emoties te reguleren	238
	Samenvatting	239
14	HET EVALUEREN VAN AUTOMATISCHE GEDACHTEN	241
	Typen automatische gedachten	241
	Het selecteren van automatische gedachten	242
	Vragen stellen om een automatische gedachte te evalueren	243
	De uitkomst van het evaluatieproces beoordelen	250
	Conceptualiseren als cognitieve herstructurering niet effectief is gebleken	251
	Alternatieve methoden om automatische gedachten te onderzoeken	253
	Wanneer automatische gedachten waar zijn	258
	Samenvatting	260
15	REAGEREN OP AUTOMATISCHE GEDACHTEN	261
	Therapieaantekeningen maken	261
	Werkbladen gebruiken	265
	Als een werkblad niet voldoende helpt	270
	Samenvatting	272
16	MINDFULNESS INTEGREREN IN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE	273
	Wat is mindfulness?	273
	Formele en informele mindfulnessoefeningen	275
	Zelf mindfulness beoefenen	276
	Technieken voordat je mindfulness introduceert	276
	Mindfulness introduceren aan patiënten	278
	Technieken na een mindfulnessoefening	279
	De AWARE-techniek	279
	Samenvatting	280

17	INLEIDING TOT OVERTUIGINGEN	283
	Kernovertuigingen, schema's en modi	284
	Adaptieve kernovertuigingen identificeren	290
	Negatieve kernovertuigingen identificeren	291
	Negatieve tussenliggende overtuigingen identificeren	294
	Beslissen of een disfunctionele overtuiging moet worden aangepast	296
	Beslissen wanneer een disfunctionele overtuiging moet worden aangepast	296
	Patiënten uitleg geven over disfunctionele overtuigingen	297
	Patiënten motiveren disfunctionele overtuigingen aan te passen	301
	Samenvatting	303
18	VERANDEREN VAN OVERTUIGINGEN	305
	Positieve overtuigingen versterken	305
	Veranderen van negatieve overtuigingen	309
	Samenvatting	322
19	AANVULLENDE TECHNIEKEN	323
	Emotieregulatietechnieken	324
	Vaardigheidstraining	326
	Probleemoplossing	326
	Het nemen van beslissingen	328
	Gestructureerde huiswerkopdrachten en de trap-analogie	330
	Exposure	332
	Rollenspellen	335
	Het gebruik van de 'taartdiagramtechniek'	335
	Zelfvergelijking	338
	Samenvatting	340
20	VISUALISATIE	341
	Positieve beelden opwekken	341
	Negatieve beelden identificeren	345
	Patiënten uitleg geven over verontrustende beelden	346
	Spontane negatieve beelden aanpassen	347
	Samenvatting	351
21	BEËINDIGING VAN DE BEHANDELING EN TERUGVALPREVENTIE	353
	Activiteiten in het begin van de behandeling	353
	Activiteiten gedurende de therapie	355
	Activiteiten voor de afronding van de therapie	357
	Zelftherapie sessies	360
	Vorbereiden op terugval na de therapie	360
	Opfrissessies	363
	Samenvatting	363

22	PROBLEMEN TIJDENS DE THERAPIE	365
	Het ontdekken van een probleem	366
	Het conceptualiseren van problemen	366
	Soorten problemen	367
	Impasses	373
	Problemen oplossen die zich tijdens de therapie voordoen	374
	Samenvatting	376
	BIJLAGE A INFORMATIE OVER COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE	377
	BIJLAGE B BECK INSTITUTE CASUSBESCHRIJVING	381
	BIJLAGE C STAPPEN IN DE AWARE-TECHNIEK	389
	BIJLAGE D DE BETEKENIS VAN VROEGE HERINNERINGEN MET BEHULP VAN ERVARINGSTECHNIEKEN HERSTRUCTUREREN	391
	LITERATUUR	397
	INDEX	407
	OVER DE AUTEUR	425

Werkbladenpakket (Nederlands- en Engelstalig) en andere informatie
(Engelstalig) zijn verkrijgbaar via beckinstitute.org/cbtresources.

1 Inleiding in de cognitieve gedragstherapie

Abe* is een 55-jarige gescheiden man van Europese afkomst. Ruim twee jaar geleden werd hij ernstig depressief door grote problemen op zijn werk en in zijn huwelijk. Toen hij bij mij in behandeling kwam, was hij behoorlijk geïsoleerd en lusteloos, en zat hij vooral thuis tv te kijken, online te surfen en af en toe videogames te spelen.

Abe en ik zagen elkaar in totaal achttien keer in de loop van acht maanden. Ik baseerde mijn conceptualisaties en interventies op een combinatie van traditionele gedragstherapie (CGT) en herstelgerichte cognitieve therapie (*recovery-oriented cognitive therapy*; CT-R). In dit hoofdstuk en in de rest van dit boek zal ik nog geregeld terugkomen op deze herstelgerichte vorm van cognitieve therapie. Ik voerde eerst een diagnostische evaluatie uit. In de volgende sessie, onze eerste therapiesessie, informeerde ik Abe over zijn diagnose, de theorie die aan cognitieve gedragstherapie ten grondslag ligt, het therapieproces en het behandelplan dat ik in gedachten had. Ik vroeg hem naar zijn aspiraties (hoe hij wilde dat zijn leven eruit zou zien) en naar zijn waarden (wat werkelijk belangrijk voor hem was). Op basis daarvan stelden we doelen vast. Abe wilde een beter leven hebben, productief zijn, nuttig voor andere mensen, optimistisch, veerkrachtig en *in control*. Meer specifiek was het belangrijk voor hem om zijn huis beter op orde te krijgen, een baan te vinden, de relatie met zijn ex-vrouw en kinderen te verbeteren, het contact met vrienden te herstellen, weer naar de kerk te gaan en weer in vorm te komen. We bespraken hoe hij de komende week actiever kon worden en stelden een actieplan op ('therapiehuiswerk'). Tot slot vroeg ik Abe hoe hij de sessie had ervaren.

De daaropvolgende sessies hielp ik Abe vooral zijn doelen voor de sessie te bepalen, te beslissen welke stappen hij de komende week wilde zetten, oplossingen te bedenken voor mogelijke obstakels, negatieve stemmingen te verzwakken en positieve stemmingen te versterken. We werkten vaak aan probleemoplossing en het ontwikkelen van vaardigheden, met name om zijn depressieve

* Ik heb zijn naam en enkele kenmerken veranderd om herkenning te voorkomen.

gedachten en gedrag te veranderen. Ik gebruikte niet alleen verschillende interventies voor Abe, maar leerde hem ook hoe hij deze technieken zelf kon toepassen om meer veerkracht op te bouwen en terugval te voorkomen. De structuur en technieken die we gebruikten waren even belangrijk als de ontwikkeling van een goede therapeutische relatie. In de loop van dit boek zul je meer te weten komen over Abe en zijn behandeling.

Daarnaast zullen we ook Maria* volgen. Maria is 37 jaar, heeft terugkerende ernstige depressies en trekken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Haar behandeling was veel complexer en duurde een stuk langer. Maria zag zichzelf als hulpeloos, minderwaardig, onaantrekkelijk en emotioneel kwetsbaar. Ze dacht altijd dat anderen kritisch, onverschillig of zelfs kwetsend tegenover haar zouden zijn. Deze overtuigingen kwamen tijdens onze sessies geregeld terug. Aanvankelijk was ze erg argwanend naar me, op haar hoede dat ik haar op de een of andere manier pijn zou doen. Het was met Maria veel moeilijker om een sterke therapeutische relatie op te bouwen. Door haar intense wanhoop en angst voor de therapie en voor mij, duurde het vrij lang voor ze zich overgaf en zich coöperatiever ging opstellen. Terwijl Abe's behandeling het toonbeeld is van een standaardbenadering, moest ik Maria's behandeling drastisch aanpassen.

In de rest van dit hoofdstuk krijg je antwoorden op de volgende vragen:

- Wat is cognitieve gedragstherapie (CGT)?
- Welke theorie ligt ten grondslag aan cognitieve gedragstherapie?
- Wat zegt de wetenschap over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie?
- Hoe is deze therapievorm ontstaan?
- Wat is herstelgerichte cognitieve therapie (CT-R)?
- Hoe ziet een cognitieve interventie eruit?
- Hoe kun je zelf een effectieve cognitief gedragstherapeut worden?
- Hoe kun je dit boek het beste gebruiken?

Wat is cognitieve gedragstherapie?

Aaron Beck heeft in de jaren zestig en zeventig een vorm van psychotherapie ontwikkeld die hij aanvankelijk 'cognitieve therapie' noemde. Deze term is tegenwoordig voor de meesten die op ons terrein werkzaam zijn synoniem aan de term 'cognitieve gedragstherapie'. Beck ontwierp een gestructureerde, kortdurende, op het heden gerichte psychotherapie voor depressie (Beck, 1964). Sindsdien hebben hij en anderen overal ter wereld deze therapie aangepast en

* Ik heb haar naam en enkele kenmerken veranderd om herkenning te voorkomen

met succes toegepast op allerlei verschillende populaties en een breed scala aan stoornissen en problemen, in allerlei vormen en verbanden. 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, baseren therapeuten de behandeling op een cognitieve formulering: de disfunctionele overtuigingen, gedragsstrategieën en in stand houdende factoren die een specifieke stoornis kenmerken (Alford & Beck, 1997). Je zult je behandeling ook baseren op je conceptualisatie of interpretatie van individuele patiënten en hun specifieke onderliggende overtuigingen en gedragspatronen. Een van Abe's onderliggende overtuigingen was dat hij een mislukkeling was en hij vertoonde een hoge mate aan vermijdingsgedrag om zijn (vermeende) incompetentie of tekortkoming te verbergen. Ironisch genoeg versterkte zijn vermijdingsgedrag juist zijn overtuiging dat hij een mislukkeling was.

Beck, die oorspronkelijk opgeleid was als psychoanalist, 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, Albert Bandura en vele anderen. 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. Historische overzichten van het werkveld beschrijven hoe de verschillende stromingen van cognitieve gedragstherapie ontstonden en uitgroeiden (Arnkoﬀ & Glass, 1992; Beck, 2005; Dobson & Dozois, 2009; Thoma et al., 2015).

Sommige vormen van cognitieve gedragstherapie vertonen overeenkomsten met de therapie van Beck, maar gebruiken andere formuleringen en leggen andere accenten in de behandeling. Hierbij gaat het onder andere om rationeel emotieve therapie (Ellis, 1962), dialectische gedragstherapie (Linehan, 1993), probleemoplossingstherapie (D'Zurilla & Nezu, 2006), acceptatie- en commitmenttherapie (Hayes et al., 1999), exposure-therapie (Foa & Rothbaum, 1998), cognitieve verwerkingstherapie (Resick & Schnicke, 1993), het cognitieve gedragsanalysesysteem van psychotherapie (McCullough, 1999), gedragsactivatie (Lewinsohn et al., 1980; Martell et al., 2001) en cognitieve gedragsmodificatie (Meichenbaum, 1977). De cognitieve gedragstherapie die afgeleid is van het model van Beck maakt vaak gebruik van de technieken van deze en andere psychotherapieën, binnen een cognitief kader. Na verloop van tijd is het nuttig om meer te leren over andere wetenschappelijk onderbouwde interventies, maar het zou te overweldigend zijn om hier nu dieper in te duiken terwijl je nog bezig bent cognitieve gedragstherapie te leren. Ik raad je aan om je eerst de basisbeginselen van de cognitieve gedragstherapie eigen te maken en pas daarna aanvullende technieken te leren die je binnen een kader van cognitieve conceptualisatie kunt implementeren.

Cognitieve gedragstherapie is in de loop van de tijd aangepast voor patiën-

ten 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 andere medische instellingen, op scholen, in het kader van beroepskeuzeprogramma's en gevangenissen. Ze wordt in groeps-, relatie- en gezinsverband gebruikt. Omdat in dit boek de nadruk vooral ligt op de individuele vorm in sessies van 45 tot 50 minuten met patiënten die niet opgenomen zijn, kan de behandeling korter zijn. Sommige patiënten, bijvoorbeeld degenen die opgenomen zijn voor een ernstige vorm van schizofrenie, houden het vaak niet een hele sessie uit, en veel behandelaars gebruiken cognitieve therapeutische technieken, zonder dat ze een volledige therapiesessie uitvoeren, bijvoorbeeld binnen een medische of herintegratiecontext. Ook assistent-psychologen en verwante specialisten maken gebruik van aangepaste technieken uit de cognitieve gedragstherapie.

Het theoretische model dat ten grondslag ligt 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 realistische en adaptievere manier te beoordelen, zullen ze een verbetering ervaren in hun emotionele toestand en maladaptieve gedrag. Als je bijvoorbeeld flink depressief bent en je merkt dat je rood staat, dan kun je een *automatische gedachte* krijgen, een idee (in woorden of beelden) 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).

In traditionele cognitieve gedragstherapie zal je therapeut je waarschijnlijk helpen om de *geldigheid* van deze gedachte te onderzoeken en zul je mogelijk tot de conclusie komen dat je de dingen overgeneraliseerde en dat je ondanks je depressie in feite nog steeds heel veel dingen goed doet. Door vanuit dit nieuwe perspectief naar je ervaring te kijken, zal je depressieve stemming waarschijnlijk afzwakken en zul je tot functioneler gedrag overgaan (je rekeningen betalen). In een herstelgerichte benadering zal je therapeut je helpen je automatische gedachten te evalueren. De focus zal echter minder liggen op cognities die al naar boven zijn gekomen, maar meer op cognities die mogelijk in de komende week naar boven zullen komen en je zullen belemmeren de stappen te zetten om een specifiek doel te bereiken.

Cognities (zowel adaptieve als maladaptieve) doen zich op drie niveaus voor. Automatische gedachten (zoals 'Ik ben te moe om ook maar iets te doen') bevinden zich op het meest oppervlakkige niveau. Je hebt ook een tussenniveau van overtuigingen, zoals onderliggende aannamen ('Als ik een relatie probeer aan te gaan, word ik afgewezen'). Op het diepste niveau bevinden zich je kern-

overtuigingen over jezelf, anderen en de wereld ('Ik ben hulpeloos', 'Andere mensen zullen me pijn doen', 'De wereld is gevaarlijk'). Om een duurzaam effect te bewerkstelligen in de stemming en het gedrag van patiënten, zul je op alle drie de niveaus werken. Modificatie van automatische gedachten en onderliggende disfunctionele overtuigingen veroorzaakt een duurzame verandering.

Als je bijvoorbeeld voortdurend denkt dat je maar weinig kunt, heb je een kernovertuiging dat je incompetent bent. Modificatie van dit algemene idee over jezelf (door jezelf op een realistischer manier te zien) 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.' Daarnaast is het in een herstelgerichte benadering belangrijk om realistische, positieve automatische gedachten ('Ik kan heel veel dingen goed') en tussenliggende overtuigingen en kernovertuigingen ('Met een beetje volharding krijg ik dit wel onder de knie' en 'Ik heb net als iedereen sterke en zwakke punten') te cultiveren.

Onderzoek met betrekking tot cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is uitgebreid onderzocht sinds het eerste effectonderzoek in 1977 werd gepubliceerd (Rush et al., 1977). Op dit moment hebben meer dan tweeduizend effectonderzoeken de werking van de cognitieve gedragstherapie aangetoond bij een groot aantal psychiatrische stoornissen, psychische problemen en medische problemen met psychische aspecten. Daarnaast is uit een groot aantal onderzoeken naar voren gekomen dat cognitieve gedragstherapie helpt toekomstige episodes te voorkomen of de ernst ervan te verminderen. Een onderzoek door Von Brachel en collega's (2019) toonde bijvoorbeeld aan dat ambulante patiënten met een scala aan psychiatrische stoornissen die met cognitieve gedragstherapie behandeld werden, vijf tot twintig jaar na afloop van de therapie verbetering bleven vertonen, meer dan degenen die alleen een medische behandeling hadden gekregen. (Zie voor meta-analyses en evaluaties over cognitieve gedragstherapie Butler et al., 2006; Carpenter et al., 2018; Chambless & Ollendick, 2001; Dobson et al., 2008; Dutra et al., 2008; Fairburn et al., 2015; Hanrahan et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Hollon et al., 2014; Linardon et al., 2017; Magill & Ray, 2009; Matusiewicz et al., 2010; Mayo-Wilson et al., 2014; Öst et al., 2015; en Wuthrich & Rapee, 2013. Zie www.div12.org/psychological-treatments/treatments en www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines voor lijsten met aandoeeningen waarvoor cognitieve gedragstherapie effectief is gebleken. Zie Beck et al., 2020; Grant et al., 2012, 2017 voor onderzoek naar herstelgerichte cognitieve therapie (CT-R).)

De ontwikkeling van de cognitieve gedragstherapie van Beck

Eind jaren vijftig was dokter Beck een gecertificeerde psychoanalist; hij interpreteerde de vrije associaties van zijn patiënten die op de bank lagen. Hij realiseerde zich dat de concepten van de psychoanalyse experimenteel gevalideerd moesten zijn, wilde deze vorm van psychotherapie door wetenschappers serieus genomen worden. Begin jaren zestig besloot Beck 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 vijandige aspecten zouden laten zien dan de dromen van psychiatrische patiënten zonder depressie. 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 – weleens 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 gedachtstromen: een vrije associatieve stroom en snelle oordelende gedachten over zichzelf. Zo vertelde een vrouw bijvoorbeeld over haar seksuele wapenfeiten. Ze vertelde vervolgens spontaan aan het eind van de sessie dat ze zich angstig had gevoeld. Beck interpreteerde dat zo: 'Je dacht dat ik kritiek op je had.' De patiënte was het niet met hem eens: 'Nee, ik was bang dat ik je *verveelde*.' Hij sprak ook met andere depressieve patiënten en Dr. Beck merkte dat ze allemaal 'automatische' negatieve gedachten ervoeren die nauw verband hielden met hun emoties. Hij begon de patiënten te helpen met het onderzoeken en beoordelen van, en het reageren op hun onrealistische en maladaptieve denkpatronen. Vervolgens verbeterde hun toestand al snel.

Beck begon toen 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, die een belangrijke autoriteit op het gebied van depressie werd, 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. Uit een vervolgonderzoek kwam zelfs naar voren dat cognitieve therapie veel effectiever was voor het voorkomen van een terugval dan imipramine. Beck en collega's (1979) publiceerden twee jaar later het eerste handboek over cognitieve therapie.

Vanaf eind jaren zeventig begonnen Beck en zijn postdocstudenten aan de Universiteit van Pennsylvania onderzoek te doen naar angst, alcohol- en drugsgebruik, persoonlijkheidsstoornissen, relatieproblemen, agressie, bipolaire stoornis en andere ziektebeelden, waarbij ze hetzelfde procedé toepasten. Eerst voerden ze klinische observaties uit; ze brachten de factoren die de stoornis in stand hielden en de belangrijkste cognities (gedachten en onderliggende overtuigingen, emoties en gedragingen) in kaart. Vervolgens toetsten ze hun theorieën, pasten de behandeling aan en voerden gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken uit. Spoel een paar decennia vooruit. Ikzelf en onderzoekers van over de hele wereld doen nog steeds onderzoek, ontwikkelen de theorie, passen deze aan en testen behandelingen voor patiënten die aan een steeds groter wordende lijst van problemen lijden. Aan de meeste opleidingen in de vs en in veel andere landen wordt tegenwoordig cognitieve therapie of cognitieve gedragstherapie gedoceerd. Het is de meest toegepaste therapie ter wereld (David et al., 2018; Knapp et al., 2015).

Herstelgerichte cognitieve therapie

In de afgelopen decennia is binnen de psychische gezondheidszorg een nieuwe stroming ontstaan: de herstelbeweging. Deze benadering was in eerste instantie bedoeld voor individuen met een ernstige psychische aandoening, als alternatief voor het medische model. Onze collega's aan het Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy en ik zijn nu bezig deze herstelgerichte cognitieve therapie (CT-R) te verfijnen voor een breed scala aan aandoeningen. CT-R is een adaptatie van de traditionele cognitieve gedragstherapie, maar deelt wel dezelfde theoretische basis voor het conceptualiseren van individuen en voor het plannen en uitvoeren van de behandeling. CT-R legt echter meer nadruk op de *adaptieve* overtuigingen en gedragsstrategieën van de patiënt en op factoren die bijdragen aan een positieve stemming. CT-R is niet zozeer gericht op symptomen en psychopathologie, maar op de sterke punten, persoonlijke kwaliteiten, vaardigheden en hulpbronnen van de patiënt.

Ik bepaalde en conceptualiseerde Abe's aspiraties en waarden vanuit een herstelperspectief om tot een behandelplan te komen. Zo was familie heel belangrijk voor Abe en ondanks zijn diepe depressie was hij bereid om zichzelf te dwingen meer contact te zoeken. We bedachten allerlei constructieve activiteiten die Abe tussen de sessies door kon doen en ik *hielp hem positieve conclusies te trekken uit die ervaringen*. We cultiveerden positieve cognities en herinne-

ringen en gebruikten de therapeutische relatie en verschillende technieken om een adaptieve kernovertuiging over het zelf te ontwikkelen en buiten de sessie positieve emoties te ervaren.

Een van de verschillen tussen traditionele cognitieve gedragstherapie en herstelgerichte cognitieve therapie is de tijdsoriëntatie. In traditionele cognitieve gedragstherapie bespreken we doorgaans de problemen die zich in de afgelopen week hebben voorgedaan en pakken deze vervolgens met behulp van CGT-technieken aan. In herstelgerichte cognitieve therapie richten we ons meer op de aspiraties voor de toekomst en op belangrijke waarden van patiënten, en op de stappen die zij elke week kunnen zetten om hun doelen te verwezenlijken. We gebruiken vervolgens de gebruikelijke CGT-technieken om de uitdagingen of obstakels te overwinnen die patiënten bij het zetten van deze stappen mogelijk tegenkomen.

Een voorbeeld van een typische cognitieve interventie

Hieronder volgt een fragment uit een therapiesessie met Abe dat je een beeld geeft van hoe een CGT-interventie doorgaans verloopt. We komen eerst overeen aan welk doel Abe wil werken. We bespreken de stappen die hij kan zetten en de obstakels die hij daarbij mogelijk kan tegenkomen.

JUDITH: Oké, je wilde beginnen met het bespreken van je doel om een baan te zoeken?

ABE: Ja, ik heb het geld echt nodig.

JUDITH: Welke stap zou je daar de komende week voor willen zetten?

ABE: (*Zucht*) Ik denk dat ik eerst eens mijn cv moet bijwerken.

JUDITH: Dat is wel belangrijk, ja. [begint met probleemoplossing] Hoe ben je van plan te werk te gaan?

ABE: Ik weet het niet. Ik heb er al in geen jaren naar gekeken.

JUDITH: Weet je hem nog te vinden?

ABE: Jawel. Maar ik weet niet precies wat ik erin moet zetten.

JUDITH: Hoe zou je daarachter kunnen komen?

ABE: Ik zou misschien op internet kunnen zoeken. Alleen, mijn concentratie is niet zo best de laatste tijd.

JUDITH: Zou het wellicht handiger voor je zijn om advies te vragen aan iemand die meer weet over het opzetten van een cv dan jij?

ABE: Hm, misschien wel. (*denkt na*) Ik zou het mijn zoon kunnen vragen.

JUDITH: Denk je dat je hem vandaag nog kunt bellen? Of is er iets wat je daarbij in de weg kan staan?

ABE: Ik weet het niet. Ik vind eigenlijk dat ik het zelf moet uitzoeken en hem er niet mee moet lastigvallen.