Maastricht University

Cognitieve gedragstherapie

Citation for published version (APA):

Lemmens, L. H. J. M., & Roelofs, J. (2018). Cognitieve gedragstherapie. In E. Simon, E. de Hullu, G. Smeets, & H. T. van der Molen (Eds.), *Klinische Psychologie: Diagnostiek en behandeling* (3 ed., pp. 135-164). Noordhoff Uitgevers.

Document status and date:
Published: 01/01/2018

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:
Taverne

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 17 Jul. 2025

LIPS
BRUYNZEEL

ABUS

VSSV

7 Cognitieve gedragstherapie

Lotte Lemmens en Jeffrey Roelofs

7.1 Theoretisch kader
7.2 Basisprincipes van cognitieve gedragstherapie
7.3 Diagnostiek
7.4 Behandeling
7.5 Effectiviteit
7.6 (Contra-)indicaties
7.7 Nieuwe ontwikkelingen

In dit hoofdstuk[1] wordt de cognitieve gedragstherapie (CGT) besproken. CGT is een gestructureerde vorm van psychotherapie waarin mensen leren om anders tegen problematische situaties aan te kijken en er anders mee om te gaan. CGT is effectief gebleken in de behandeling van diverse vormen van psychopathologie, waaronder depressieve stoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en verslavingsproblematiek.

De cognitieve gedragstherapie kent – zoals de naam al doet vermoeden – twee belangrijke componenten: de cognitieve component en de gedragstherapeutische component. De gedragstherapeutische component richt zich op het veranderen van gedrag. De manier waarop iemand zich gedraagt, bepaalt namelijk in grote mate hoe iemand zich voelt. Wie bijvoorbeeld geneigd is om bepaalde situaties te vermijden vanuit angst, ziet zijn angst aanvankelijk dalen maar door het vermijden wordt de angst in stand gehouden. In een gedragstherapeutische behandeling leert de cliënt om met beter en passend gedrag te reageren. De cognitieve component richt zich op de invloed van gedachten (ook wel cognities genoemd) op gevoel en gedrag. De kern is de veronderstelling dat zogenoemde disfunctionele cognities zorgen voor ongewenste gevoelens en ongewenst gedrag. Wie belangrijke levensgebeurtenissen bijvoorbeeld negatief interpreteert, wordt en blijft gemakkelijker angstig, somber of geïrriteerd. In cognitieve therapie leren cliënten hoe

© Noordhoff Uitgevers bv

[1] De auteurs danken Arnoud Arntz, Paul Emmelkamp, Guus Smeets en Ellen Vedel voor hun bijdrage aan een eerdere versie van dit hoofdstuk.

ze hun disfunctionele gedachten en overtuigingen kunnen identificeren, evalueren en veranderen. In de loop der jaren zijn gedragstherapie en cognitieve therapie dusdanig met elkaar geïntegreerd geraakt dat men tegenwoordig vaak spreekt van cognitieve gedragstherapie, afgekort als CGT.

Cognitieve gedragstherapie bestaat in verschillende soorten en vormen. De behandeling wordt voornamelijk individueel gegeven, maar bestaat ook voor groepen, koppels en gezinnen. Verder hebben technologische ontwikkelingen ervoor gezorgd dat de behandeling niet meer alleen face to face kan worden aangeboden, maar ook digitaal, of in een mengvorm (blended). Naast de verschillende aanbiedingsvormen bestaan binnen de CGT verschillende stromingen die inhoudelijk allemaal net iets andere accenten leggen (onder andere pure cognitieve therapie, derdegeneratie-CGT en schematherapie). Daarnaast zijn er gespecialiseerde protocollen ontwikkeld voor specifieke vormen van psychopathologie. De term CGT is dus een paraplubegrip geworden dat verschillende vormen en benaderingen onder zich heeft die alle net een andere insteek hebben. Al deze benaderingen hebben echter als overkoepelend kenmerk dat ze de samenwerking tussen gedachten, gevoelens en gedrag benadrukken en dat ze cognitieve en gedragsmatige interventies inzetten om negatieve gevoelens en ongewenst gedrag te veranderen.

7

Dit hoofdstuk zal een algemene inleiding geven in de cognitieve gedragstherapie. We schetsen kort het theoretisch kader en gaan in op de basisprincipes van CGT. Er wordt aandacht besteed aan de diagnostiek binnen het cognitief-gedragstherapeutisch kader. Daarnaast zetten we uiteen hoe de CGT-behandeling in de praktijk verloopt en bespreken we de effectiviteit van CGT. (Contra-)indicaties voor CGT komen ook aan bod en er wordt kort ingegaan op nieuwe (technologische) ontwikkelingen. We beperken ons in dit hoofdstuk tot de algemene kerninterventies van de behandeling. Voor informatie over strategieën en technieken voor specifieke diagnosen, patiëntgroepen en behandelsettings, verwijzen we naar de website van de Nederlandse Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCt: www.vgct.nl). Ook op de website van de Academy of Cognitive Therapy is veel relevante informatie te vinden (ACT: www.academyofct.org).

7.1 Theoretisch kader

7.1.1 Gedragstherapie

Gedragstherapie ontstond in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw als reactie op de in die tijd heersende psychodynamische visie op psychopathologie en probleemgedrag (hoofdstuk 5). Wetenschappers begonnen deze visie in twijfel te trekken vanwege het gebrek aan empirisch bewijs. In 1952 publiceerde de Britse psycholoog Eysenck een invloedrijke overzichtsstudie waarin hij stelde dat de effecten van traditionele psychotherapie – in die tijd dus vooral psychoanalyse – niet groter waren dan die van 'geen therapie' (Eysenck, 1952).

Als wel effectieve methode noemde Eysenck de op moderne leertheorie gestoelde gedragstherapie. De leertheorie gaat ervan uit dat ongewenst gedrag aangeleerd is. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen klassieke en operante conditionering. Klassieke conditionering – ook wel stimulus-respons/stimulus-stimulus leren genoemd – wil zeggen dat verschillende prikkels (gebeurtenissen, omgevingen en situaties) die in eerste instantie niets met elkaar te maken hebben op een bepaald moment met elkaar in verband

Klassieke conditionering

© Noordhoff Uitgevers bv

worden gebracht. Iemand die bijvoorbeeld elke avond tijdens het achtuurjournaal een stukje chocolade eet, zal na een tijd al zin krijgen in chocolade wanneer hij de begintune van het journaal hoort. Deze persoon heeft dan een associatie geleerd tussen journaal en chocolade. Het journaal is een geconditioneerde stimulus geworden die een geconditioneerde respons uitlokt: zin in chocolade.

Operante conditionering

Bij operante conditionering, leert men juist door de gevolgen van gedrag. Gedrag heeft namelijk altijd bepaalde consequenties die de kans vergroten dat het gedrag in de toekomst opnieuw zal optreden of juist nagelaten wordt. Wanneer iemand die bang is voor de tandarts bijvoorbeeld merkt dat de angst zakt wanneer hij zijn afspraak met de tandarts afbelt, is de kans groot dat deze persoon de tandarts blijft vermijden. Het afbellen is in dit voorbeeld een bekrachtiger. Een bekrachtiger vergroot de kans dat dezelfde reactie in de toekomst weer zal optreden. Een bestraffer daarentegen verkleint die kans.

Gedragstherapeuten gaan ervan uit dat als je gedrag kunt aanleren, je het ook weer kunt afleren. Zij maken hierbij ook gebruik van klassieke en operante conditioneringsprincipes. Zo kunnen de door klassieke conditionering aangeleerde associaties worden uitgedoofd door herhaaldelijk de geconditioneerde stimulus aan te bieden zonder dat geconditioneerde respons daarop volgt. In het eerder genoemde voorbeeld zou dit bijvoorbeeld betekenen dat iemand herhaaldelijk naar het journaal kijkt zonder daarbij chocolade te eten. Dit proces wordt extinctie genoemd. Gedragsverandering op basis van operante conditionering wordt bewerkstelligd door gewenst gedrag te bekrachtigen, en ongewenst gedrag uit te doven of te bestraffen. De principes van klassieke en operante conditionering zijn uitgebreid terug te vinden in Boddez, Hermans, Eelen, en Vervliet (2015).

Extinctie

Gedragstherapie werd een succes. Dit was ten dele te verklaren doordat de effecten van gedragstherapeutische interventies – in tegenstelling tot die van de psychodynamische visie – duidelijk observeerbaar en meetbaar waren, waardoor de effectiviteit van de methode relatief snel empirisch aangetoond kon worden. Verder was de gedragstherapeutische aanpak veel efficiënter (qua tijd) dan de traditionele behandelvormen van die tijd.

7.1.2 De cognitieve theorie

Ondanks het succes van gedragstherapie, was er ook kritiek op een puur gedragsmatig alternatief voor de psychoanalyse. De kritiek had onder andere betrekking op het buiten beschouwing laten van mentale processen zoals gedachten, opvattingen en interpretaties. Er ontstond een zogenoemde 'cognitieve revolutie'. De cognitieve benadering gaat ervan uit dat gedachten een cruciale rol spelen in het samenspel van cognitieve, gedragsmatige, fysiologische en omgevingsfactoren die geassocieerd zijn met psychopathologie, zie ook Roelofs, Arntz, & Voncken (2015).

Cognitieve revolutie

Als belangrijkste grondleggers van de cognitieve benadering worden Aaron Beck en Albert Ellis beschouwd (Beck, 1976; Ellis, 1962). De principes en technieken van de school van Beck zijn echter het meest invloedrijk gebleken en worden ook nu nog veelvuldig toegepast in de klinische praktijk. De kern van Becks theorie is de veronderstelling dat psychisch lijden niet zozeer ontstaat door de dingen die iemand meemaakt, maar door de manier waarop iemand over deze dingen denkt. De cognitieve benadering kent vier niveaus van cognities (zie ook figuur 7.1):

© Noordhoff Uitgevers bv

Basisschema's

1 Op het meest fundamentele niveau bevinden zich de basisschema's. Dit zijn fundamentele opvattingen die iemand heeft over zichzelf, over de wereld en over de toekomst. Van deze opvattingen zijn we ons vaak niet direct bewust (ook wel 'impliciet' genoemd). Voorbeelden van basisschema's zijn: 'mensen zijn niet te vertrouwen' of 'ik ben minderwaardig'.

Conditionele assumpties

2 Een niveau hoger staan zogenoemde conditionele assumpties veronderstellingen over oorzaak-gevolgrelaties. Ze manifesteren zich vaak als als-dan-stellingen. Bijvoorbeeld 'als ik mijn mening geef, dan zullen andere mensen mij belachelijk vinden' of 'als door mijn onoplettendheid een ander een nadeel ondervindt, dan zal mij dat altijd worden nagedragen'.

Strategische ideeën

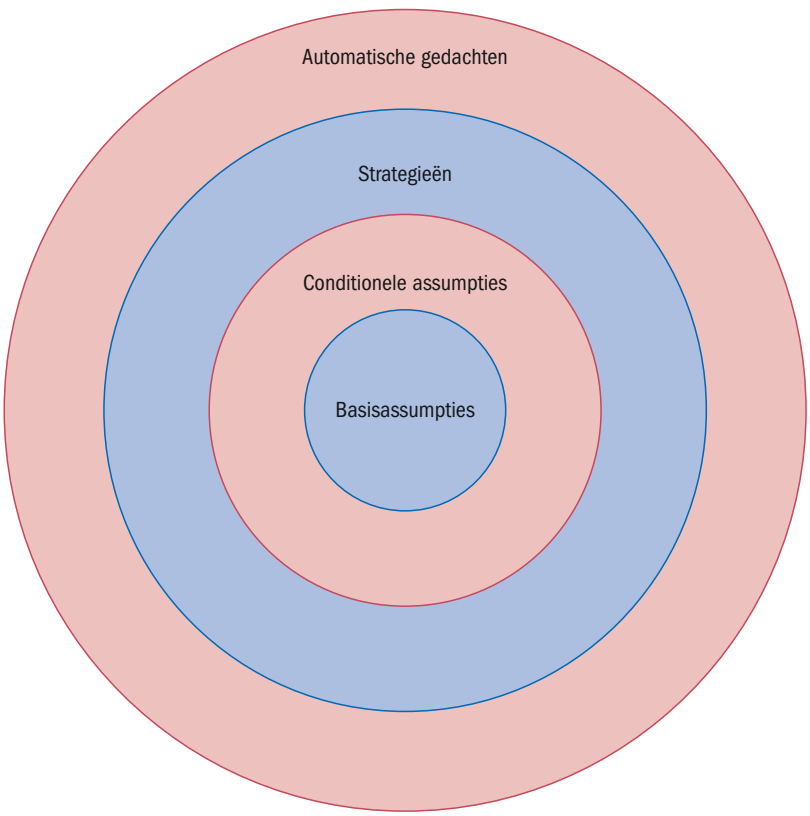
3 Op het grensvlak van opvattingen en gedrag staan strategische ideeën, opvattingen die mensen hebben over hoe ze gevaren het beste het hoofd kunnen bieden en goede dingen kunnen bereiken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: 'bij twijfel altijd controleren' of 'ruzie vermijden door in te stemmen'. Deze opvattingen worden ook wel leefregels genoemd.

7

Automatische gedachten

4 Het vierde – en meest toegankelijke – niveau is het niveau van de automatische gedachten. Automatische gedachten zijn de gedachten die meer bewust door iemands hoofd gaan. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: 'het is verschrikkelijk als er ingebroken wordt... ik moet de deur controleren' of 'ik word ontslagen'. Er wordt verondersteld dat automatische gedachten (via de tussenliggende niveaus van cognities) gestuurd worden door de basisschema's.

FIGUUR 7.1 Niveaus van cognities



Bron: auteur

© Noordhoff Uitgevers bv

Beck stelt dat psychopathologie ontstaat en in stand wordt gehouden door problemen in de informatieverwerking. Meer specifiek stelt hij dat bepaalde basisschema's hyperactief zijn geworden en de informatieverwerking zijn gaan domineren. Hierdoor zijn er vertekeningen in de interpretatie ontstaan. In het geval van depressieve stoornissen wordt bijvoorbeeld verondersteld dat schema's gecentreerd rondom verlies zijn gaan overheersen, zodat de depressieve persoon allerlei gebeurtenissen op een dusdanige manier gaat interpreteren dat ze steeds weer een nieuw verlies, of een bestendiging van een verlies, gaan betekenen. Hierdoor wordt de problematiek in stand gehouden. Bij angststoornissen wordt verondersteld dat schema's gecentreerd rondom bedreiging een rol spelen, bij manie rondom winst, bij dwang rondom schuld en bij agressie rondom normovertreding.

De hypervalentie van dergelijke schema's manifesteert zich via de automatische gedachten. Automatische gedachten zijn dus – in tegenstelling tot wat in vroege versies van cognitieve therapie werd aangehangen – niet de oorzaak van het emotioneel onwelbevinden, maar zijn evenals de gevoelens een product van de onderliggende schema's.

Het doel van cognitieve therapie is om de hypervalentie van de basisschema's of de basisschema's zelf te veranderen. Dit is niet eenvoudig. De informatieverwerking is bij lang bestaande schema's namelijk al dusdanig geautomatiseerd dat men vaak alleen nog maar aandacht heeft voor informatie die het schema bevestigt, en niet meer stilstaat bij het feit dat er ook informatie bestaat die niet helemaal strookt met het schema. Dit wordt confirmation bias genoemd.

Confirmation bias

In de cognitieve therapie wordt de cliënt ertoe gebracht het eigen denken te onderwerpen aan een kritisch onderzoek en waar nodig, te vervangen door alternatieve opvattingen die meer functioneel en helpend zijn en tegelijk een goed begrip geven van de ervaringen waar iemand mee wordt geconfronteerd. Het idee is dat een objectievere kijk op gevoelens en waarneming ervoor zorgt dat negatieve gevoelens verdwijnen en gedrag kan veranderen. In de therapie wordt daarbij als het ware van buiten naar binnen gewerkt: er wordt gestart met het opsporen en bewerken van automatische gedachten om uiteindelijk bij de basisschema's te komen.

Hoewel de therapie 'cognitief' heet, betekent dit niet dat ze koel en niet-emotioneel is. Het gaat bij cognitieve therapie om wat wel de hot cognitions worden genoemd: die opvattingen die nauw verbonden zijn met negatieve gevoelens en disfunctionele gedragingen.

Hot cognitions

7.1.3 Het samenspel van gebeurtenissen, gevoelens, gedachten en gedrag

In de loop der jaren kwam men erachter dat 'anders leren denken' en 'anders leren doen' uitstekend gecombineerd kunnen worden in een behandeling. Bovendien merkte men dat de effecten van beide benaderingen elkaar versterkten: door anders te reageren veranderen gevoelens en gedachten, en door gedachten te veranderen, veranderen gevoelens en gedrag. Begin jaren negentig werd de term 'cognitieve gedragstherapie' geïntroduceerd – de term die de integratie van beide stromingen officieel een naam gaf.

Cognitieve gedragstherapie

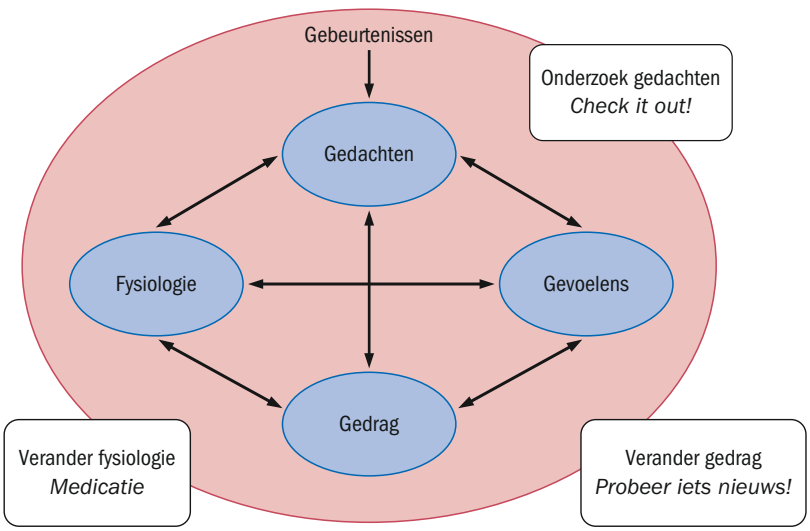
© Noordhoff Uitgevers bv

4 G's

De moderne CGT benadrukt meer dan ooit het samenspel van gebeurtenissen, gedachten, gevoelens, en gedrag (de 4 G's; zie figuur 7.2). Hoewel diverse stromingen binnen CGT weliswaar andere ideeën hebben over welke component cruciaal is voor psychopathologie en psychologische verandering, erkennen ze allemaal dat deze processen sterk met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Je zou dus kunnen stellen dat, zolang nog niet wetenschappelijk is aangetoond hoe CGT precies werkt, het eigenlijk helemaal niet zo veel uitmaakt waar je begint – bij gevoelens, gedachten, gedrag of misschien zelfs wel bij fysiologie – want uiteindelijk leidt verandering op het ene gebied, ook tot verandering op andere gebieden. Dit biedt niet alleen ruimte voor de voorkeur van cliënt, maar ook voor trial en error: wanneer cliënt en therapeut merken dat het niet lukt om via de ene ingang verandering te bewerkstelligen, kunnen ze besluiten het via een andere ingang te proberen.

7

FIGUUR 7.2 Integratief model van cognitieve gedragstherapie



Bron: Hollon (2015); gebaseerd op Greenberger en Padesky (1995)

7.2 Basisprincipes van cognitieve gedragstherapie

In deze paragraaf worden de basisprincipes van CGT besproken. Het is belangrijk om op te merken dat deze opvattingen niet noodzakelijk uniek zijn voor CGT – sterker nog, vele worden gedeeld door andere therapievormen – maar juist de combinatie van deze kenmerken maakt CGT tot wat het is.

7.2.1 CGT is probleemgeoriënteerd en legt de nadruk op het heden

CGT is een klachtgerichte behandeling gericht op het hier en nu. Dat wil zeggen dat de behandeling zoekt naar manieren om de huidige situatie te verbeteren. CGT richt zich daarom – zeker vergeleken met sommige andere vormen van psychotherapie – veel vaker op het heden in plaats van op het verleden, en staat slechts relatief kort stil bij de jeugdervaringen van de

© Noordhoff Uitgevers bv

cliënt. De therapeut en cliënt brengen de huidige situatie in kaart en bespreken wat de cliënt zou willen veranderen. Vervolgens worden cognitief-gedragstherapeutische interventies ingezet om verandering te bewerkstelligen.

7.2.2 CGT is kortdurend en afgebakend

Het is de bedoeling dat cognitieve gedragstherapie van korte duur is. In de meeste gevallen volstaat een behandeling van twaalf tot twintig (wekelijkse) sessies. Vanaf de eerste sessie is de duur en eindigheid van de therapie onderwerp van gesprek.

7.2.3 CGT benadrukt de samenwerking tussen cliënt en therapeut

De therapeut en cliënt vormen een team dat nauw samenwerkt om tot verbetering van klachten te komen. De therapeut sluit daarbij zo direct en zo concreet mogelijk aan bij de problemen en behoeften van de cliënt. In de samenwerking is het voor de therapeut de kunst om een goede balans te vinden tussen autonomie (laat bijvoorbeeld de cliënt vooral het gesprek voeren, het materiaal aandragen en plannen) en de noodzaak van structuur (therapeut is bijvoorbeeld directief, neemt initiatieven, stelt huiswerk voor). Een typisch beeld van een therapiezitting is de cliënt en therapeut naast elkaar gezeten, gezamenlijk gebogen over de dagboekformulieren waarop de cliënt de eigen gedachten heeft genoteerd. Tot slot is het belangrijk een goede balans te vinden tussen empathie (begrip voor zienswijze van cliënt) en distantie (afstand houden van deze zienswijze; het is slechts een van de mogelijke interpretaties). Dit echter betekent niet dat de CGT-therapeut zich als afstandelijk, eenzijdig en enigszins autoritair opstelt (zoals vaak wordt aangenomen). De meeste CGT-therapeuten besteden veel aandacht aan het opbouwen van een goede werkrelatie. CGT onderscheidt zich echter van andere therapiestromingen door de werkrelatie niet op te vatten als een proces dat verandering faciliteert, maar als een situationele voorwaarde voor het op gang brengen van een leerproces. Dit impliceert dat niet voor elke cliënt en elke fase in de therapie evenveel warmte, empathie, structurering en steun nodig is. De doelstelling blijft het kunnen uitvoeren van de gewenste behandeltechniek.

7.2.4 CGT vraagt een actieve houding

Het veranderen van gedrag en gedachten is niet eenvoudig. CGT vraagt daarom een actieve houding van zowel de cliënt als de therapeut. Een goede toepassing van CGT vergt van therapeuten specifieke kennis, vaardigheden en creativiteit. Het is daarom belangrijk dat therapeuten goed getraind zijn en de behandeltechnieken op de juiste manier toepassen. Ook vraagt het een actieve houding van de cliënt. Deze moet namelijk vaak lang bestaande patronen doorbreken. Dat vergt oefening. Eén keer per week een uur therapie is daarbij meestal niet voldoende. De cliënt moet daarom ook tussen de sessies door actief aan de slag met oefeningen en huiswerkopdrachten.

7.2.5 CGT-sessies zijn gestructureerd

Zoals gezegd bestaat CGT in verschillende vormen en soorten. Ongeacht de toepassingsvorm heeft elke sessie een vaste structuur. Een typische CGT sessie start met een update (‘hoe voel je je?’ en ‘hoe is het de afgelopen week gegaan?’) en een korte terugblik op de vorige sessie (‘welke zaken uit de vorige sessie waren belangrijk voor je’ en ‘heb je nog opmerkingen of aanvul-

© Noordhoff Uitgevers bv

lingen naar aanleiding van vorige keer?'). Daarna wordt in samenspraak een agenda opgesteld. Vervolgens wordt het huiswerk besproken en worden de agendapunten één voor één besproken. Hierbij wordt gebruikgemaakt van diverse therapeutische technieken. Op basis van wat er besproken is tijdens de sessie, wordt nieuw huiswerk afgesproken waarmee de cliënt de komende week aan de slag kan. De sessie wordt afgesloten met een samenvatting en feedback. De cliënt wordt aangespoord om aan te geven wat hij prettig vond aan de sessie, maar ook om kenbaar te maken welke zaken er wat hem betreft de volgende keer anders zouden kunnen. De informatie wordt gebruikt om te controleren of cliënt en therapeut nog steeds op een lijn zitten, en om bij te sturen indien nodig.

De accenten die in de behandeling worden gelegd, hangen sterk af van de specifieke stoornis van de cliënt. Er zijn gespecialiseerde protocollen ontwikkeld voor diverse vormen van psychopathologie, die als leidraad kunnen dienen voor verdere structurering van de sessies. Bij CGT voor depressieve stoornissen wordt bijvoorbeeld veel nadruk gelegd op gedragsactivatie en het veranderen van negatieve gedachten over waardeloosheid en schuld, terwijl bij CGT voor paniekstoornis vooral het rampdenken van de cliënt onder de loep wordt genomen.

Het feit dat CGT gestructureerd en geprotocolleerd is, betekent niet dat het een 'one size fits all'-behandeling is. In de praktijk is veel variatie te zien. Naast verschillen in de aard van de problematiek, zorgen verschillen in levensfase, culturele achtergrond en het ontwikkelings- en intellectuele niveau van de cliënt voor andere accenten in de behandeling. Ook verschillen in doelen van de cliënt, de motivatie om te veranderen, het vermogen om een samenwerkingsrelatie aan te gaan en eerdere ervaringen met therapie spelen een rol. CGT vergt dus niet alleen een goede training, maar ook veel creativiteit en aanpassingsvermogen van de therapeut.

7.2.6 CGT ziet registratie als essentieel onderdeel van de behandeling

Registratie

Binnen het cognitief-gedragstherapeutisch kader is een belangrijke rol weggelegd voor registratie. Hierbij kan gedacht worden aan het maken van aantekeningen tijdens de therapiesessies, het bijhouden van gedachten en gedrag op dagboekformulieren en het kritisch bekijken van cognities op gedachtenformulieren. Ook wordt de cliënt aangespoord om belangrijke conclusies van de therapie op kleine kaartjes te noteren (zogenoemde coping cards) en deze regelmatig te bekijken. Er zijn diverse redenen te noemen waarom registratie belangrijk is. Allereerst kan registratie belangrijke inzichten verschaffen in patronen van denken en doen. Daarnaast wordt aangenomen dat zaken beter in het geheugen worden opgeslagen wanneer ze worden opgeschreven, en zou registratie bijdragen aan het automatiseren van de geleerde technieken. Hierdoor kunnen therapie-effecten gemaximaliseerd worden. Een ander bijkomend voordeel is dat de cliënt aan het einde van de therapie een persoonlijk naslagwerk heeft waarin alle zaken die in de therapie aan bod zijn gekomen, gebundeld zijn. De cliënt kan dit naslagwerk – ook na afsluiting van therapie – op elk gewenst moment raadplegen.

Coping cards

© Noordhoff Uitgevers bv

7.2.7 CGT leert de cliënt hoe deze zijn eigen therapeut kan zijn

De cognitief-gedragstherapeut streeft ernaar dat de cliënt uiteindelijk zijn eigen valkuilen kan herkennen, evalueren en bijstellen. Met andere woorden: een CGT therapeut leert de cliënt hoe deze zijn eigen therapeut kan zijn. Daarom heeft de behandeling een duidelijk didactisch accent: de therapeut legt de cliënt theorieën voor over het ontstaan en de instandhouding van het probleem, en leert de cliënt technieken die negatieve gevoelens en ongewenst gedrag kunnen doen afnemen.

7.2.8 CGT legt expliciete nadruk op terugvalpreventie

CGT wordt verder gekenmerkt door het feit dat het zich niet alleen richt op 'beter worden', maar ook op 'beter blijven'. Terugvalpreventie – het aanleren van technieken om te voorkomen dat de klachten terugkeren – staat daarom al vanaf de eerste sessie op de agenda en loopt als een rode draad door de therapie. De laatste sessies staan zelfs geheel in het teken van dit thema. Terugvalpreventie wordt daarom vaak ook de derde pijler van de cognitieve gedragstherapie genoemd.

7.2.9 CGT ziet psychopathologie als een extreme vorm van normaal gedrag

Het laatste principe van CGT dat hier besproken wordt is dat CGT psychopathologie ziet als een extreme vorm van normaal gedrag. Anders gezegd: psychologische problemen zijn geen aparte dimensies, maar zitten aan het uiteinde van het continuüm van het normale. Dit betekent niet alleen dat iedereen te maken kan krijgen met psychische problematiek, maar ook dat het theoretisch model dat ten grondslag ligt aan CGT van toepassing is op zowel cliënt als therapeut. Net zoals de cliënt, kan ook de therapeut gehinderd worden door negatieve automatische gedachten ('dit gaat me nooit lukken') en vermijdingsgedrag ('laat ik dit thema maar niet bespreken, dat is veel te moeilijk'). Vanuit dit perspectief is de recente transitie van een categorische naar een meer dimensionele benadering van psychopathologie een positieve ontwikkeling (zie Widiger & Gore, 2015 voor meer informatie). Het is echter belangrijk dat ook diagnostische methoden bij deze verandering gaan aansluiten. Dit is tot nu toe nog niet (altijd) het geval.

7.3 Diagnostiek

Diagnostiek speelt een belangrijke rol binnen de cognitieve gedragstherapie. Enerzijds is diagnostiek belangrijk om tot een duidelijke definitie van het probleem te komen en om de insteek van de behandeling te bepalen, anderzijds speelt het een rol bij het evalueren van het effect van de behandeling. Binnen het cognitief-gedragstherapeutisch kader is er aandacht voor classificerende, beschrijvende en verklarende diagnostiek (zie hoofdstuk 1).

Tijdens de diagnostische fase probeert de therapeut een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het probleem(gedrag), de omstandigheden waarin dit voorkomt en de cognities die hiermee samenhangen. Ook worden de ontstaansgeschiedenis en de instandhoudende en beschermende factoren in kaart gebracht. De CGT-therapeut kan hierbij gebruikmaken van diverse informatiebronnen zoals het inventariserende gesprek (klachtenanamnese), (semi)gestructureerde interviews, zelfrapportage in de vorm van vragenlijs-

© Noordhoff Uitgevers bv

ten en tests, gedragsregistratie door de cliënt, eigen observaties en informatie van derden (heteroanamnese). In deze paragraaf worden enkele interventies en instrumenten besproken die kenmerkend zijn voor diagnostiek binnen CGT.

7.3.1 Vragenlijsten en tests

Positive and Negative Affect Scale

Er zijn diverse vragenlijsten en tests ontwikkeld om de verschillende domeinen van het cognitief-gedragstherapeutisch model in kaart te brengen. Zo is de Positive and Negative Affect Scale (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) uitermate geschikt om de aanwezigheid en intensiteit van emoties te meten. In deze vragenlijsten worden twintig emoties (10 positieve, 10 negatieve) voorgelegd aan de cliënt. De cliënt geeft vervolgens op een vijfpuntsschaal aan in hoeverre de emotie op hem of haar van toepassing is (geweest) in een bepaalde periode (bijvoorbeeld nu, vandaag, de afgelopen week, of het afgelopen jaar). Emoties kunnen ook in kaart worden gebracht met vragenlijsten die speciaal zijn ontwikkeld voor een specifiek probleemgebied. Wanneer het probleemgebied bijvoorbeeld depressie is, kan de therapeut de Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; Van der Does, 2002) afnemen. Daarnaast zijn er ook vragenlijsten die inzicht kunnen geven in de gedragingen van de cliënt. De Pleasant Events Schedule (PES; MacPhillamy & Lewinsohn, 1982; Bouman & Luteijn, 1986) meet bijvoorbeeld hoe vaak iemand nog plezierige (bekrachtigende) activiteiten onderneemt, hoe competent iemand zich daarbij voelt, en hoeveel plezier hij of zij daaraan beleeft.

Pleasant Events Schedule

Naast vragenlijsten die gevoelens en gedrag in kaart brengen, bestaan er diverse vragenlijsten waarmee de therapeut disfunctionele automatische gedachten en opvattingen kan inventariseren. De Dysfunctional Attitudes Scale (DAS-A; Weissman & Beck, 1978; Raes, Hermans, Van den Broeck, & Eelen, 2005) meet bijvoorbeeld in een veertigtal items de aanwezigheid en intensiteit van diverse disfunctionele opvattingen die vatbaarheid voor depressie en andere psychopathologie zouden vergroten. De Irrational Beliefs Test (IBT; Jones, 1969; Klieuwstra, 1984) meet de tien irrationele ideeën volgens Ellis (1962). Rationele ideeën volgens de opvattingen van Ellis kunnen gemeten worden met de Rational Behavior Inventory (RBI; Shorkey & Whiteman, 1977). De IBT en de RBI zijn in Nederlands onderzoek in onderlinge samenhang onderzocht en gecombineerd in de Groninger cognitielijst (GCL-50; Koopmans & Timmerman, 1990).

Dysfunctional Attitudes Scale

De meest gebruikte vragenlijst om basisschema's in kaart te brengen is de Young Schema Questionnaire (YSQ; Young, 1990). Momenteel is de tweede herziene versie in gebruik (YSQ-3). De YSQ-3 meet achttien vroeg ontstane disfunctionele schema's met thema's als verlating, misbruik en zelfopoffering. Er bestaat een lange versie (232 items; Young & Brown, 2003) en een korte versie (90 items; Young, 2005).

Young Schema Questionnaire

Naast manieren om de inhoud van gedachten, attituden en schema's vast te stellen, is er een aantal methoden ontwikkeld om kenmerkende processen van de informatieverwerking in kaart te brengen (zie Roelofs et al., 2015). Zo kan vertekende aandacht (aandachtsbias) bijvoorbeeld worden gemeten met het gemodificeerde STROOP-paradigma (zie Phaf & Kan, 2007 voor een overzicht), problemen met het produceren van specifieke autobiografische herinneringen met een geheugentaak (Kuyken & Dalgleish, 1995; Van

© Noordhoff Uitgevers bv

Vreeswijk & De Wilde, 2004), en zwart-witdenken in interpersoonlijke situaties met een taak waarin de proefpersoon personages in filmfragmenten moet beoordelen (Veen & Arntz, 1999). Ook confirmatiebias en emotional reasoning kunnen met speciale (computer)taken worden vastgesteld (bijvoorbeeld Smeets, De Jong, & Mayer, 2000; Smeets & De Jong, 2005). Deze taken worden tot nu toe echter voornamelijk voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt en hebben hun weg naar de praktijk nog niet gevonden.

7.3.2 Observatie en registratie

In de diagnostische fase kan het ook zinvol zijn om de cliënt een gestructureerd dagboek te laten bijhouden om erachter te komen onder welke omstandigheden het probleem optreedt en welke gedachten daarmee samenhangen. Dergelijke dagboekgegevens kunnen belangrijke verbanden aan het licht brengen tussen factoren die het probleem uitlokken en bekrachtigen. Het is van belang de dagboekformulieren zo samen te stellen, dat ze afgestemd zijn op de aard van het probleem en op de individuele behoeften en capaciteiten van de cliënt. Een voorbeeld van een dagboek voor een cliënt met een sociale-angststoornis is hierna afgebeeld (box 7.1). Naast het gebruik van dagboekformulieren kan het zinvol zijn gedrag te registreren met behulp van telapparaten. Deze laatstgenoemde vorm van gedragsregistratie is voornamelijk zinvol bij gedrag dat hoog frequent is, bijvoorbeeld tics en obsessies.

BOX 7.1

VOORBEELD DAGBOEK VOOR REGISTRATIE VAN SOCIALE INTERACTIES

Datum: 12 mei Tijd van invullen: 19:20 uur

Wat waren voor u vandaag de moeilijkste sociale situaties?

(Wat was precies moeilijk, wat deed u zelf, wat deden anderen?)

We hadden een etentje met onze afdeling. Toen ik bij het restaurant aankwam, zag ik mijn collega's niet meteen zitten. Ik moest aan de ober vragen waar ze zaten. Dat vond ik moeilijk.

Tijdens het etentje zat ik naast een collega die ik niet goed ken. Ik weet dat het dan gebruikelijk is om een praatje te maken. Ik wist alleen niet goed wat ik moest zeggen. Ik was bang dat hij mij saai zou vinden.

Hoe vaak hebt u vandaag gebloosd/getrild/gezweet?

Eén keer

In welke situatie?

Toen ik aan de ober moest vragen waar de tafel was

Hoe bang was u vandaag om te gaan blozen/trillen/zweten?

0	1	2	3	4	5	(6)	7	8
Helemaal niet bang							Heel erg bang	

Hebt u vandaag medicijnen gebruikt? Indien ja: hoeveel van wat en op welke tijdstippen?

Nee

Hebt u vandaag alcohol gebruikt? Indien ja: hoeveel glazen van wat en in wat voor situatie?

Ja, twee glazen witte wijn tijdens het etentje

© Noordhoff Uitgevers bv

Wilt u voor elk van de volgende situatie aangeven hoe vaak die vandaag voorkwam en (indien voorgekomen) hoe gespannen u zich daarin voelde?

	Hoe vaak (aantal keren)	Hoe gespannen (0-8)
- Op mijn werk overleggen met collega's	*0*	-
- Iemand opbellen	*0*	-
- Met iemand een informeel praatje maken	*2*	*8*
- Zelf iets persoonlijks vertellen	*4*	*6*
- In een groep iets zeggen	*1*	*7*

Hoe tevreden was u vandaag over het geheel genomen over de wijze waarop u met andere mensen omging?

0	1	2	(3)	4	5	6	7	8
Helemaal niet tevreden								Heel erg tevreden

Overige opmerkingen:

7

7.3.3 Probleemanalyse

De therapeut kan de informatie die verkregen is in de diagnostische fase vervolgens gebruiken om een zorgvuldige analyse van de verschillende probleemgebieden te maken; een probleemanalyse. De probleemanalyse kan helpen om de insteek van de therapie te bepalen. Want ook al voldoen twee cliënten aan criteria van dezelfde DSM-5-classificatie, dan nog kan uit de analyse van het probleem blijken dat de ene cliënt meer baat heeft bij insteek A, terwijl de andere cliënt meer gebaat is bij insteek B. Bij de probleemanalyse is het waardevol om onderscheid te maken tussen een macroanalyse en een microanalyse (Emmelkamp, 1982). Beide vormen worden hierna besproken. Ook gaan we kort in op de casusconceptualisatie.

Holistische theorie

Macroanalyse

Bij een macroanalyse – ook wel holistische theorie genoemd –worden probleemgedragingen met een vergelijkbare functie geclusterd en worden er hypothesen opgesteld over de causale relaties tussen de clusters. Op deze manier kan de centrale problematiek worden opgespoord en kan er bepaald worden welke probleemgebieden het eerste aangepakt moeten worden (behandeldoel). Casus 7.1 illustreert het opstellen van een holistische theorie.

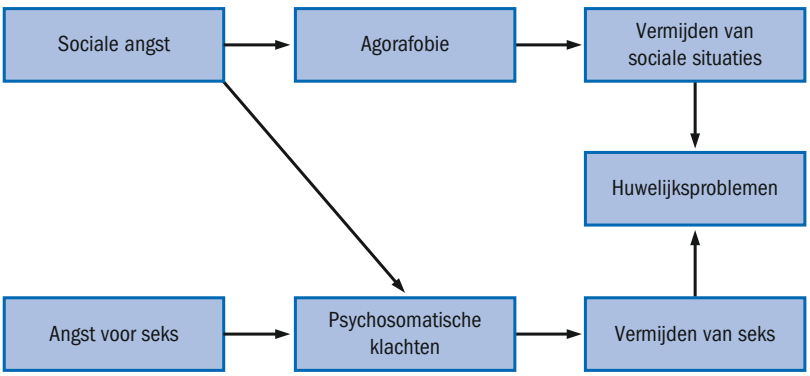
CASUS 7.1

Toepassing holistische theorie op Janet

Janet is een 28-jarige getrouwde vrouw die de volgende problemen rapporteert: 1) agorafobie (ze is volledig aan huis gebonden en is bang om ook maar een stap alleen op straat te doen); 2) angst voor seks (ze vermijdt zo veel mogelijk seksueel contact met haar echtgenoot en ze is bang om naar haar eigen lichaam te kijken); 3) sociale angst en subassertiviteit; 4) relatieproblemen en 5) psychosomatische klachten (onder andere hoofdpijn). Verdere vragen betreffende de ontwikkelingsgeschiedenis leveren de

© Noordhoff Uitgevers bv

informatie: cliënt heeft, al zo lang ze zich kan herinneren, last van sociale angst. Haar eerste paniekaanval trad op in een situatie waarin zij zich bekeken voelde en dat vormde de aanleiding voor het ontstaan van haar agorafobie. Haar agorafobie gaf haar een excuus om allerlei sociale situaties te vermijden (bijvoorbeeld het opzoeken van haar schoonouders die haar voortdurend bekritiseerden). Haar angst voor seks leek onafhankelijk te zijn van de andere problemen. Alles wat met seks te maken had, was van jongs af aan beladen. De psychosomatische klachten leken te worden gebruikt om seks met haar echtgenoot te vermijden. Als ze zei dat ze hoofdpijn had, drong haar echtgenoot niet langer aan. Ze durfde niet rechtstreeks te zeggen dat ze geen zin had in seks. Het ontbreken van sociale contacten en het nagenoeg ontbreken van seksueel contact leidden tot aanzienlijke spanningen binnen het huwelijk. De onderlinge relatie tussen de probleemgebieden kan als volgt worden weergegeven:



Het is belangrijk om de holistische theorie zorgvuldig met de cliënt te bespreken en overeenstemming te krijgen over de prioritering en de volgorde in behandeldoelen. Het bespreken van de theorie geeft de cliënt inzicht in de (instandhouding van) de problemen en draagt bij aan het begrip voor de wijze waarop de problemen aangepakt zullen worden in de therapie. In het geval van Janet werd gekozen om eerst de sociale-angststoornis aan te pakken. Vervolgens werd haar angst voor seksualiteit behandeld. Na afloop van de behandeling waren de sociale-angststoornis, de angst voor seks en de agorafobische klachten bij Janet grotendeels verdwenen. Bovendien namen de psychosomatische klachten en de huwelijksproblemen 'spontaan' af, wat een bevestiging vormde voor de juistheid van de holistische theorie.

Functieanalyse

Microanalyse

Bij een microanalyse – ook wel functieanalyse genoemd – wordt het gedrag binnen een specifiek probleemgebied verder geanalyseerd (zie ook Hermans et al., 2007; Korrelboom en Ten Broeke, 2004). Hierin komt eerst de ontstaansgeschiedenis van het probleem aan de orde en wordt vervolgens stilgestaan bij díe factoren die ervoor zorgen dat de klacht in stand blijft. De belangrijkste vragen die de therapeut hierbij probeert te beantwoorden zijn de volgende: welke stimuli lokken het gedrag uit en onder welke omstandigheden? Welke reactie (emotioneel, fysiologisch, cognitief en waarneembaar gedrag) treedt op? Wat zijn de gevolgen van het gedrag? Welke factoren bekrachtigen het gedrag en houden het in stand? Hierbij is het van

© Noordhoff Uitgevers bv

Topografische analyse

belang dat de therapeut goed zicht krijgt op de volgorde van gebeurtenissen die voorafgingen aan het probleemgedrag en gebeurtenissen die daar op volgden. De functieanalyse wordt daarom ook wel 'topografische analyse' genoemd. Een voorbeeld van een functieanalyse is te vinden in casus 7.2. Het voorbeeld wordt weergegeven volgens het driefactorenmodel van Orlemans, Eelen en Hermans (1995).

CASUS 7.2

Gerards functieanalyse

Gerard, een man van 23 jaar, wordt aangemeld omdat hij gokt. Deze klachten blijken vooral op te treden na ruzie met zijn vrouw en na problemen op het werk (situationele factoren). Hij wordt dan 'onrustig', maar door het gokken neemt de spanning af. Deze spanningsreductie (consequentie) werkt bekrachtigend op het gokgedrag. In leertheoretische termen kan dit schematisch als volgt worden weergegeven:

Sd = Discriminative stimulus (discriminatieve stimulus)
CER = Conditioned Emotional Response (geconditioneerde emotionele respons)
CAR = Conditioned Avoidance Response (geconditioneerde vermijdende respons)
↓C- = Negative Reinforcement (negatieve bekrachtiging)

Casusconceptualisatie

Om een beeld te krijgen van de disfunctionele gedachten en schema's die een rol kunnen spelen bij het probleem, kan een zogenoemde casusconceptualisatie worden opgesteld. Voor het opstellen van een conceptualisering gebruikt de therapeut de eerder verkregen informatie over de klacht- en/of probleemgeschiedenis, de levensgeschiedenis, diagnostische gegevens en gegevens van vorige behandelingen en andere professionals (Freeman, 1992; zie ook Needleman, 1999).

De therapeut stelt op basis hiervan een aantal hypothesen op over de functionele en de disfunctionele schema's van de cliënt. Daarbij vormt de therapeut zich een beeld van de invloed van het disfunctionele schema op het leven van de cliënt, omdat dit een indicatie geeft van de noodzakelijke duur van de therapie en de te verwachten 'weerstand' tegen verandering. De volgende vragen zijn hier van belang (Freeman, 1992):

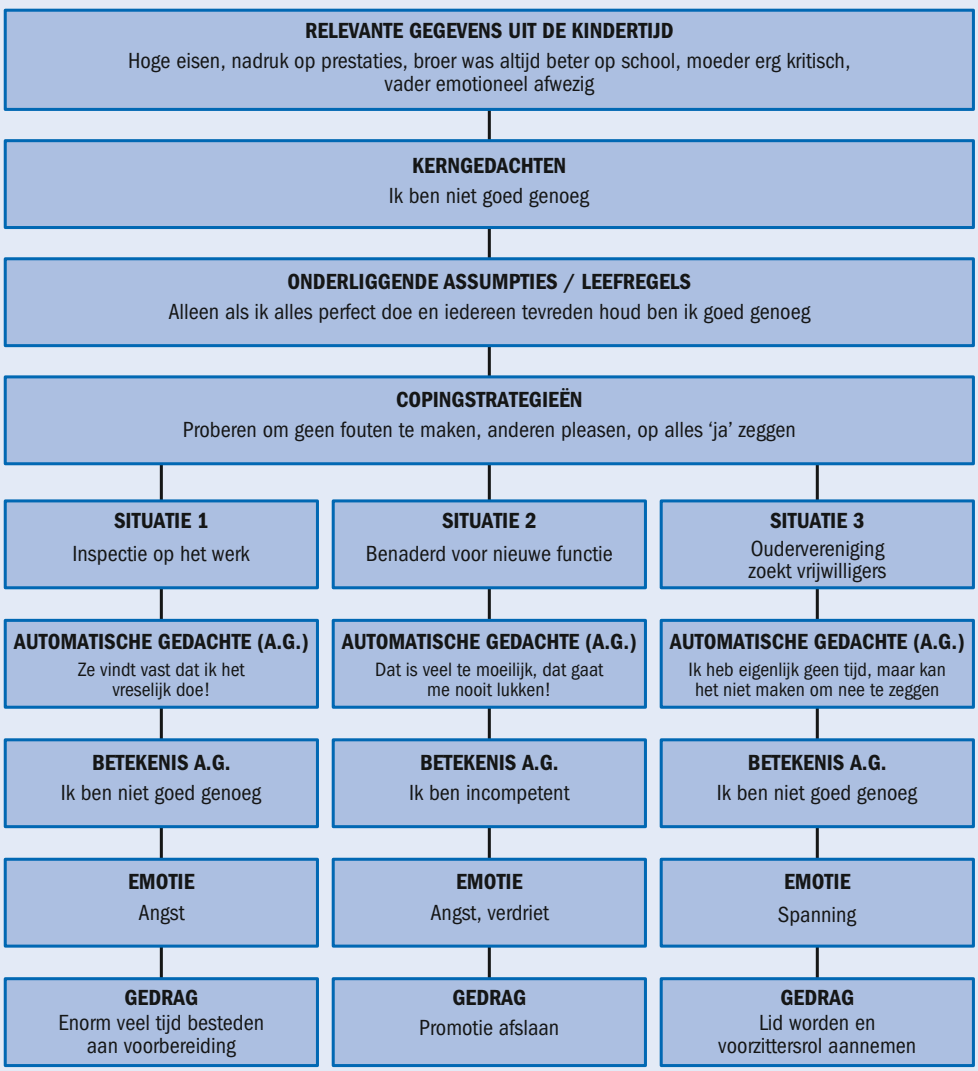
- Hoe sterk houdt de cliënt vast aan het schema? Druk de kracht van de overtuiging uit in een percentage.
- Hoe essentieel vindt de cliënt het schema voor zijn overleving, veiligheid en welbevinden?
- In hoeverre is de cliënt in staat het schema, wanneer het geactiveerd is, in twijfel te trekken?
- Hoe hebben vroegere leerervaringen de vorming van het schema beïnvloed?
- Hoe vroeg in de levensgeschiedenis is het schema geïnternaliseerd?

© Noordhoff Uitgevers bv

Een voorbeeld van een casusconceptualisatie is te vinden in box 7.2. De therapeut bespreekt zijn hypothesen met de cliënt en vraagt naar het oordeel van de cliënt. Alleen bij sterke contra-indicaties (bijvoorbeeld het onderwerp roept te veel angst op) wordt de conceptualisatie niet (volledig) met de cliënt besproken. Dit gebeurt dan wel in een later stadium, wanneer de client eraan toe lijkt te zijn.

BOX 7.2

Voorbeeld casusconceptualisatie



© Noordhoff Uitgevers bv

7.4 Behandeling

Wanneer de therapeut een compleet beeld heeft van de situatie en samen met de cliënt heeft vastgesteld aan welk probleem er als eerste gewerkt dient te worden, worden behandeldoelen opgesteld en worden er afspraken gemaakt over de duur van de behandeling en de frequentie van de therapiesessies. Vervolgens legt de therapeut het idee achter de behandeling, ofwel de rationale voor aan de cliënt. Daarna kan worden gestart met het veranderingsgerichte deel van de therapie.

Rationale

De cognitief-gedragstherapeut heeft de keuze uit diverse technieken om verandering te bewerkstelligen. Sommige technieken zijn oorspronkelijk afkomstig uit de gedragstherapie, andere komen uit de cognitieve therapie. Meestal gebruikt de therapeut een combinatie. Sommige therapeuten hebben echter een duidelijke voorkeur voor één bepaalde techniek, of zijn er beter in geschoold. De technieken hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze allemaal worden ingezet om tot andere, meer functionele gedachtegangen en gedragingen te komen. Het voert te ver om alle technieken hier te bespreken. We beperken ons daarom tot een aantal operante technieken, de belangrijkste vormen van exposure en de kerninterventies van de cognitieve therapie. We besluiten de paragraaf met de bespreking van enkele interventies die gericht zijn op het voorkómen van terugval (terugvalpreventie). Een uitgebreidere bespreking van behandeltechnieken is te vinden in onder anderen Bögels en Van Oppen (2011), Hermans, Eelen en Orlemans (2007) en Leahy (2017).

7.4.1 Operante technieken

Zoals eerder beschreven is het basisprincipe van operante technieken dat gewenst gedrag wordt bekrachtigd en ongewenst gedrag wordt uitgedoofd of bestraft. Een klassiek voorbeeld van een behandeling die op dit principe gebaseerd is, is de token economy. Deze vorm van behandeling wordt veelal toegepast in klinische settings, waarin cliënten langdurig verblijven. In een token economy verstrekt de therapeut zogenoemde tokens voor gewenst gedrag (bijvoorbeeld voor tanden poetsen, op tijd opstaan, een gesprek met iemand voeren, de kamer schoonmaken), zodat dit gedrag bekrachtigd wordt. Tokens zijn fiches die als secundaire bekrachtigers fungeren. Tokens kunnen worden ingewisseld voor allerlei objecten (bijvoorbeeld geld of snoep) en gunsten (bijvoorbeeld een wandeling buiten de instelling). Het belangrijkste voordeel van tokens is dat de therapeut ze onmiddellijk na het te versterken gedrag kan geven. Bij ongewenst gedrag krijgt de cliënt geen tokens, zodat dit gedrag – volgens het principe van extinctie – uitdooft. Hoewel token economy een bewezen effectieve behandelmethode is, is de belangstelling de laatste decennia sterk afgenomen. Dit hangt onder meer samen met het feit dat behandelingen steeds vaker ambulant plaatsvinden. Ambulante behandelsettings zijn minder geschikt voor deze interventie. Operante conditioneringsprincipes met tokens en/of andere beloningssystemen worden wel nog op andere manieren toegepast, zoals in community-reinforcementprogramma's en een veelheid aan zelfcontroleprogramma's (zie onder anderen Emmelkamp & Vedel, 2007; Hoogduin, Hagenaars, & Keijsers, 2011; Hoogduin, Verdellen, Van de Griendt, & Kriens, 2009).

Token economy

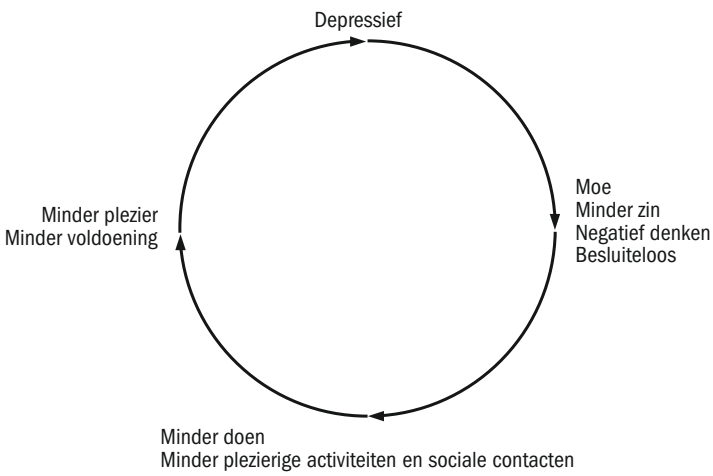
© Noordhoff Uitgevers bv

Een ander bekend voorbeeld van een operante aanpak is de gedragsactivatie (behavioural activation) die wordt ingezet in de behandeling van depressieve stoornissen. Hoewel er niet direct wordt gewerkt met straf en beloning, speelt bekrachtiging hier wel een centrale rol. De aanpak is gebaseerd op het leertheoretische model van Lewinsohn (1975). Dit model gaat ervan uit dat depressieve stoornis ontstaat en in stand wordt gehouden door een tekort aan (bekrachtiging voor) gedrag dat plezier en voldoening geeft (zie figuur 7.3). Wanneer mensen weer meer plezierige activiteiten gaan ondernemen, zal de bekrachtiging toenemen, waardoor depressieve gevoelens zullen verminderen. Gedragsactivatie richt zich daarom specifiek op het uitbreiden van plezierige activiteiten.

Gedragsactivatie

Lewinsohn

FIGUUR 7.3 Leertheoretische verklaring voor depressie



Bron: Lewinsohn (1975)

Om zicht te krijgen op welke activiteiten plezier en voldoening brengen, zal de therapeut aan de cliënt vragen om een gestructureerd dagboek bij te houden. Hierin wordt genoteerd welke activiteiten iemand onderneemt en hoe iemand zich daarbij voelt. Een voorbeeld van een dergelijk dagboek is hierna afgebeeld (box 7.3). Aan de hand van de dagboekformulieren maken cliënt en therapeut vervolgens een concreet plan waarin positieve activiteiten worden opgeschroefd, en activiteiten die de stemming doen verslechteren (tijdelijk) worden verminderd. Hierbij worden niet alleen afspraken gemaakt over welke activiteiten iemand gaat ondernemen, maar ook hoe en wanneer. Het specifiek plannen van gedrag vergroot namelijk de kans dat iemand de activiteiten ook daadwerkelijk gaat uitvoeren, zelfs wanneer de cliënt zich op dat moment niet goed voelt. Dit wordt ook wel stemmingsonafhankelijk plannen genoemd.

Dagboek

Stemmingsonafhankelijk plannen

© Noordhoff Uitgevers bv

BOX 7.3

Voorbeeld activiteitenregistratie depressieve stoornis

Tijdstip	Activiteit	S	P	V
05.00 – 06.00	Slapen	-	-	-
06.00 – 07.00	Opstaan, douchen, aankleden	2	2	2
07.00 – 08.00	Kinderen wekken en aankleden	3	3	3.5
08.00 – 09.00	Ontbijten, kinderen naar school brengen, hond uitlaten	4.5	4	4.5
09.00 – 10.00	Vaatwasser uitruimen, was aanzetten, strijken	3	3	3.5
10.00 – 11.00	Op de bank herhaling van favoriete soap kijken	4.5	4	2
11.00 – 12.00	Was ophangen, financiën en administratie	3	3	3
12.00 – 13.00	Kinderen uit school halen, lunchen met kinderen	5	5	5
13.00 – 14.00	Kinderen terug naar school brengen, boodschappen doen	4	3	4
14.00 – 15.00	Bellen met een vriendin	6	6.5	5.5
15.00 – 16.00	Facebook checken, kinderen uit school halen	2	2	2
16.00 – 17.00	Zwemles Finn	5	4.5	6
17.00 – 18.00	Koken en eten	5	5	5
18.00 – 19.00	Afwassen, hond uitlaten	4	5.5	5
19.00 – 20.00	Uitgeput, met de kinderen naar bed	2	2	2
20.00 – 21.00	Slapen	-	-	-
21.00 – 22.00	Slapen	-	-	-
22.00 – 23.00	Slapen	-	-	-
23.00 – 24.00	Slapen	-	-	-

S = Stemming op een schaal van 0 – 10; P = Plezier op een schaal van 0 – 10; V = Voldoening op een schaal van 0 – 10.

Conclusie(s): Ik doe eigenlijk best veel op een dag. Het zijn wel veelal 'moetjes'. Er is maar weinig ruimte voor mezelf. Toen ik met mijn vriendin belde, was mijn stemming het beste. Toen ik vervolgens Facebook checkte, verslechterde mijn stemming weer. Ik zag hoe leuk iedereen het had, en dacht 'waarom heb ik dat niet?' Aan het einde van de dag was ik zo uitgeput dat ik naar bed ben gegaan zodra de kinderen in bed lagen.

7

7.4.2 Exposure

Exposure is een verzamelbegrip voor procedures die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat cliënten blootgesteld worden aan situaties en stimuli die spanning en angst oproepen en die zij geneigd zijn te vermijden (zie ook hoofdstuk 9). Er zijn twee manieren waarop blootstelling kan plaatsvinden; exposure in vivo (lijfelijke blootstelling) en exposure in vitro (blootstelling in de verbeelding, ook wel imaginaire exposure genoemd). Bij exposure in vivo kan gekozen worden voor een stapsgewijze aanpak waarbij de cliënt in moeilijkheid oplopende stappen blootgesteld wordt aan de gevreesde stimulus, ofwel graduele exposure. Hierbij wordt meestal een angsthiërarchie gevolgd die cliënt en therapeut vooraf samen hebben opgesteld. Naast deze stapsgewijze aanpak kan er ook worden gekozen voor een meer willekeurige volgorde van blootstelling. Er kan ook voor worden gekozen om de cliënt meteen bloot te stellen aan de meest gevreesde stimulus (flooding).

Exposure in vivo
Exposure in vitro
Imaginaire exposure
Graduele exposure
Flooding

Exposure in vivo is zeer effectief gebleken. Lange tijd werd verondersteld dat het effect van exposure bereikt werd door het principe van habituatie (gewenning): wanneer iemand maar lang genoeg wordt blootgesteld aan de gevreesde stimulus, zonder dat de gevreesde reactie optreedt, zal de angst

Habituatie

© Noordhoff Uitgevers bv

afnemen. Hierbij gold het idee: hoe groter de angstreductie tijdens de oefening, hoe groter het effect. Volgens deze hypothese is exposure dus alleen maar effectief wanneer de blootstelling doorgaat totdat de angst voldoende gedaald is. Inmiddels is duidelijk dat angstdaling geen noemenswaardige relatie heeft met het uiteindelijke effect van de exposure. Veel belangrijker lijkt te zijn dat de verwachtingen die de cliënt heeft over de situatie, geschonden worden. Exposure gaat hierbij dus over het vormen van nieuwe verwachtingen. Dit wordt ook wel expectancy violation genoemd (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014).

Expectancy Violation

Om goede exposure te kunnen doen is het daarom belangrijk om de verwachtingen van de cliënt expliciet te achterhalen. Iemand met een hondenfobie kan bij het zien van een hond de verwachting hebben dat deze zal gaan bijten. De associatie 'hond = bijten' wordt dan de leidraad voor de exposure-oefeningen. Door de oefeningen leert de cliënt dat de verwachting niet (altijd) uitkomt. Door deze disconfirmatieve informatie kunnen associaties worden bijgesteld. Om disconfirmatie van verwachtingen te maximaliseren wordt aangeraden zo veel mogelijk te variëren met context, inhoud, tijdstip en duur van de exposure-oefeningen. Het is belangrijk om op te merken dat het niet de bedoeling is om de oorspronkelijke associatie te vervangen. De oorspronkelijke associatie blijft bestaan, maar wordt minder geloofwaardig doordat er daarnaast een nieuwe associatie wordt gevormd (bijvoorbeeld: 'hond = niet bijten'). Dit principe wordt inhibitoir leren genoemd.

Inhibitoir leren

Vanwege de vernieuwde inzichten in de werkingsmechanismes van exposure, worden de effecten van de interventie niet langer bepaald door middel van (reductie in) angstniveaus, maar op basis van de geloofwaardigheid van de verwachtingen. Exposure is effectief wanneer de geloofwaardigheid van de nieuwe associatie sterker is geworden dan van de oorspronkelijke associatie. Casus 7.3 geeft een voorbeeld van een exposure-oefening met aandacht voor verwachtingen bij een cliënt met een eetprobleem (Van den Akker, Schyns, & Jansen, 2016, gebaseerd op Craske et al., 2014). Voor meer informatie over de nieuwste inzichten bij exposure verwijzen we naar het overzichtsartikel van Rijkeboer en Van den Hout (2014).

CASUS 7.3

Maartjes exposure-oefening met aandacht voor verwachtingen: eetdrang

Invullen voor exposure

Verwachting:
Als ik trek heb, en er is eten in de buurt, dan kan ik dat niet weerstaan.

Type eten:
Tony's Chocolonely Karamel Zeezout, Lays paprikachips

Wat denk je dat er gaat gebeuren:
Als ik trek heb, en bovengenoemd eten in huis heb, dan houd ik het maximaal 10 minuten vol om mezelf in te houden. Na 10 minuten verlies ik de

© Noordhoff Uitgevers bv

controle en begin ik te eten. Als ik eenmaal begonnen ben, kan ik niet meer stoppen. Dan eet ik de hele reep in één keer op.

Hoe waarschijnlijk lijkt het dat dit gebeurt, op een schaal van 0-100?
90 procent

Invullen na exposure

Gebeurde datgene dat je dacht dat zou gebeuren?
Nee

Hoe weet je dat? Wat heb je geleerd?
Ik heb net met behoorlijke trek 15 minuten naar de chocolade gekeken (en er zelfs aan geroken) en ik heb geen hap genomen. Mijn gedachte dat ik na 10 minuten de controle zou verliezen klopt niet. Ik had niet verwacht dat ik het zou kunnen laten liggen. Ik ben sterker dan ik dacht!

Exposure met responspreventie

Een variant op het principe van exposure is exposure met responspreventie. Deze vorm van exposure wordt onder andere toegepast bij de behandeling van verslavingen, eetstoornissen, ziekteangststoornis en dwangstoornissen. Bij cliënten met een dwangstoornis bijvoorbeeld, is het essentieel dat naast exposure aan de angst oproepende stimuli, responspreventie wordt toegepast. Het doel van responspreventie is het uitdoven van de respons door de cliënt te verbieden de eigen dwanghandeling uit te voeren. Bij eetproblematiek houdt de responspreventie in dat de cliënt het eetgedrag niet mag uitvoeren, nadat hij is blootgesteld aan de stimuli die dat gedrag normaliter oproepen.

Het exposureprincipe kan ook gebruikt worden in behandelingen die gericht zijn op het verwerken van negatieve ervaringen, zoals posttraumatische-stressstoornis en pathologische rouw. Bij deze traumagerichte cognitieve gedragstherapie is meestal sprake van flooding, omdat een hiërarchische presentatie van de emotie-oproepende stimuli niet goed mogelijk is. Hoewel in vivo exposure een belangrijk deel kan uitmaken van deze behandeling, ligt de nadruk doorgaans op exposure in vitro. Exposure in vivo is in deze context meestal gericht op het doorbreken van het vermijdingsgedrag van de cliënt. Een cliënt die overvallen is, durft bijvoorbeeld om die reden niet meer buiten te gaan. Naast de traumagerichte imaginaire exposure, waarin de cliënt met de therapeut de traumatische situatie verbeeldt, zal het dan vaak zinnig zijn dit vermijdingsgedrag met exposure in vivo aan te pakken (zie ook hoofdstuk 11).

Systematische desensitisatie

Relaxatie

Soms worden er aan exposure ook ontspanningsoefeningen toegevoegd (systematische desensitisatie of relaxatie). De ontspanningsoefeningen richten zich dan op de fysiologische component van angst en spanning. De cliënt leert, eerst in de spreekkamer van de behandelaar en later alleen thuis, progressief verschillende spiergroepen te ontspannen. Een belangrijk onderdeel hierbij is dat de cliënt leert om spanning in verschillende spiergroepen te herkennen, zodat hij de ontspanning kan toepassen zodra zich de eerste tekenen van spanning manifesteren. Relaxatie is echter niet noodzakelijk voor een succesvolle exposurebehandeling.

© Noordhoff Uitgevers bv

7.4.3 Cognitieve technieken

In deze paragraaf bespreken we de kerninterventies van de cognitieve therapie: het identificeren van disfunctionele automatische gedachten door middel van registratie, het toetsen en veranderen van automatische gedachten door uitdagingen en experimenten, en het identificeren, evalueren en ombuigen van beperkende onderliggende assumpties en kerngedachten.

Om tot nieuwe – meer functionele – gedachtegangen te komen is het allereerst belangrijk dat de cliënt zich bewust wordt van zijn gedachten. Om automatische gedachten te identificeren vraagt de therapeut aan de cliënt om moeilijke situaties bij te houden. Het is belangrijk dat de cliënt hierbij leert om onderscheid te maken tussen wat de feitelijke situatie vormt, welke gevoelens er opgeroepen worden en welke interpretaties de cliënt aan de situatie geeft. Een belangrijk hulpmiddel hiervoor vormt het 'dagboek voor het bijhouden van automatische gedachten' (zie box 7.4). De therapeut vraagt de cliënt om problematische situaties in kaart te brengen aan de hand van de 4 G's: gebeurtenis, gevoelens, gedachten en gedrag. De 'gevoelens' staan hier vóór de 'automatische gedachten', omdat de meeste cliënten negatieve gevoelens sterker ervaren dan de automatische gedachtegang. De gevoelens vormen zo een signaal om het dagboek in te vullen.

Voor iemand die behandeld wordt voor een sociale-angststoornis kan dit een gevoel van paniek of schaamte zijn. In een depressiebehandeling zijn dit de momenten waarop de stemming plots verslechtert. Voor eetproblematiek kun je denken aan momenten waarop iemand de neiging heeft om van zijn eetplan af te wijken. De kernvraag voor het opsporen van automatische gedachten is 'Wat ging er door je hoofd?'. Automatische gedachten worden genoteerd, en krijgen een geloofwaardigheidsscore. De eerste keer vullen cliënt en therapeut het dagboek samen in. Daarna gaat de cliënt zelfstandig aan de slag. Het dagboek dient als uitgangspunt voor de therapiesessies.

BOX 7.4

Dagboek voor het bijhouden van automatische gedachten

Instructie:
'Als u een moeilijk moment hebt; vraagt u zichzelf dan af 'wat gaat er op dit moment door mijn hoofd' en probeer het zo snel mogelijk op te schrijven.'

Gebeurtenis:
'Welke gebeurtenis, gedachtestroom, dagdroom of herinnering ging vooraf aan het onplezierige gevoel?'

'Ik liep over straat en zag een vriend lopen. Ik zwaaide, maar hij zwaaide niet terug.'

Gevoelens
'Welk gevoel hebt u? Hoe sterk is dit gevoel (0-100)?'

'Verdrietig' (90)

© Noordhoff Uitgevers bv

Automatisch gedachte(n)
'Welke gedachte(n) ging(en) aan dit gevoel vooraf? Hoe geloofwaardig zijn deze gedachten voor u (0-100)?'

'Hij vindt me niet meer aardig.' (80)

Gedrag
'Wat deed u?'

'Snel doorlopen.'

Hot cognition

Nadat duidelijk is welke gedachten zich manifesteren, wordt een cognitie met hoge emotionele lading geselecteerd (hot cognition). Die gedachte wordt vervolgens aan een kritisch onderzoek onderworpen. Therapeut en cliënt zoeken samen uit of de gedachte klopt, of er andere interpretaties mogelijk zijn, en of er een andere gedachte is die realistischer zou zijn. Dit proces werd lange tijd 'uitdagen' genoemd. Recent spreekt men echter liever over het evalueren van gedachten of exploreren van gedachten. De term 'uitdagen' suggereert namelijk dat de automatische gedachte per definitie ongeldig of niet kloppend is, wat natuurlijk niet altijd het geval hoeft te zijn.

Uitdagen

Geleide ontdekking (guided discovery)

Socratische dialoog

Bij het toetsen van de opvattingen van de cliënt aan logische en empirische houdbaarheid en aan functionaliteit wordt gebruikgemaakt van geleide ontdekking (guided discovery). De therapeut en cliënt zoeken samen naar alternatieve verklaringen, waarbij de therapeut het proces bewaakt en de client de inhoud levert. De therapeut stimuleert de cliënt om zo veel mogelijk zelf stil te staan bij de eigen gedachtegang en om zelf alternatieve interpretaties te ontwikkelen. Hierbij maakt hij gebruik van de socratische dialoog, waarbij onderzoekend vragen stellen en herhaald samenvatten door de therapeut de cliënt helpt om zelf nieuwe inzichten te ontwikkelen.

Om de kans op succesvolle guided discovery zo goed mogelijk te maken, is het belangrijk dat de therapeut vragen stelt waarvan de cliënt de kennis heeft om ze te beantwoorden en die de aandacht van de cliënt vestigen op relevante informatie die hij over het hoofd ziet. Ook dienen de vragen te leiden van concreet naar abstract en bij te dragen aan een nieuwe interpretatie, of tot een nieuw idee te komen. Box 7.5 geeft een overzicht van veelgebruikte socratische vragen. Niet elke vraag is even geschikt voor elke gedachte.

BOX 7.5

Voorbeelden van veelgebruikte socratische vragen

- Wat is het bewijs (voor en tegen) dat de gedachte waar is?
- Is er een alternatieve verklaring voor deze gedachte?
- Wat zijn de consequenties als deze gedachte waar is?
- Hoe functioneel is deze gedachte voor mij? Helpt het mij?
- Wat zou ik tegen een vriend(in) zeggen in dezelfde situatie?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze gedachte?

© Noordhoff Uitgevers bv

Op basis van de informatie die verzameld is in de socratische dialoog wordt een alternatieve gedachte opgesteld die tegenover de disfunctionele automatische gedachte wordt gezet. Het is belangrijk dat deze nieuwe gedachte voldoende geloofwaardig is voor de cliënt. De geloofwaardigheid van de oorspronkelijke, disfunctionele gedachte en de nieuwe gedachte worden gescoord. Een uitdaging is succesvol wanneer de geloofwaardigheid van de disfunctionele gedachte duidelijk is afgenomen, en er een geloofwaardig alternatief tegenover is gezet.

Flashcards
Coping cards

Het kan zinvol zijn om de nieuwe inzichten of belangrijke alternatieve gedachten op te schrijven op zogenoemde flashcards (ook wel coping cards genoemd). Dit zijn herinneringskaartjes die de cliënt bij zich kan dragen om zich het geleerde verder eigen te maken. Ook het evalueren en veranderen van gedachten wordt eerst samen met de therapeut gedaan. Nadat er een aantal keer met de therapeut is geoefend, wordt de cliënt aangemoedigd om zelf de vragen te stellen en alternatieve gedachten op te stellen. In sommige gevallen komen cliënt en therapeut na de evaluatie tot de conclusie dat een negatieve automatische gedachte klopt. Wanneer dit het geval is, wordt er gewerkt aan een oplossing voor het probleem (problem solving).

(Gedrags) experiment

Een andere methode waarmee de cliënt zijn opvattingen op houdbaarheid kan onderzoeken, is het zogenoemde (gedrags)experiment. In een experiment wordt informatie verzameld om op een empirische manier te toetsen of een opvatting waar is. Eerst leiden cliënt en therapeut een hypothese af uit de opvatting die de cliënt aanhangt. Vervolgens stellen zij een empirische test op die uitsluitsel kan geven over de houdbaarheid van de hypothese. Nadat de cliënt het experiment heeft uitgevoerd, worden de uitkomsten van het experiment geëvalueerd, en wordt de onderzochte opvatting zo nodig bijgesteld.

Rollenspel

Het is hierbij belangrijk dat de cliënt de procedure van het experiment tot in detail uitwerkt. Ook worden er van tevoren eenduidige criteria afgesproken die bepalen wanneer de hypothese ondersteund of verworpen wordt. Dit wordt gedaan om interpretatieproblemen achteraf te voorkomen. Net als bij het uitdagen kunnen cliënt en therapeut de effecten van een experiment meten aan de hand van door de cliënt gerapporteerde subjectieve geloofwaardigheid van de initiële hypothese. Ook kan er gebruikgemaakt worden van het rollenspel. Dit is een experiëntiële techniek om gedachten te toetsen; de cliënt ervaart hoe het is om een bepaalde interactie aan te gaan, en leert het perspectief van een ander kennen.

Neerwaartse pijltechniek

Wanneer de cliënt weet hoe hij automatische gedachten moet opsporen om deze aan een kritisch onderzoek te onderwerpen, wordt de aandacht gericht op ideeën die ten grondslag liggen aan automatische gedachten: de onderliggende assumpties en kerngedachten. Deze worden geïdentificeerd middels de zogenoemde neerwaartse pijltechniek. In de meest simpele vorm kent deze techniek twee vragen: 1) 'gesteld dat wat je zegt waar zou zijn, wat betekent deze gedachte dan voor jezelf?' (om assumpties te identificeren) en 2) 'wat zegt deze gedachte over jezelf en de toekomst?' (om kerngedachten te identificeren). Een voorbeeld van de neerwaartse pijltechniek is te vinden in box 7.6.

© Noordhoff Uitgevers bv

BOX 7.6

Het identificeren van assumpties en kerngedachten

T: 'Ok, laten we nog eens goed naar het G-schema kijken dat je hebt ingevuld. De situatie die je hebt beschreven is: je hebt afgesproken met een vriendin, en zij belt op het laatste moment af. De automatische gedachte die je geïdentificeerd hebt is: "Mijn vriendin moet me niet meer". Gesteld dat wat je denkt waar zou zijn, wat zou deze gedachte dan voor je betekenen?'

C: 'Als ik iets heb afgesproken met een vriendin en zij belt af, dan betekent het dat zij mij stom en onaardig vindt.' (assumptie).

.....

T: 'En wat zegt deze gedachte over jezelf en de toekomst?'

C: 'Dat ik niets voorstel, en dat er niemand van mij houdt.' (kerngedachte)

Beperkende assumpties en kerngedachten die op deze manier boven tafel komen kunnen vervolgens met de eerder beschreven technieken worden onderzocht en veranderd. Let wel: dit gaat meestal langzamer dan met automatische gedachten.

7.4.4 Terugvalpreventie

Zoals eerder gezegd loopt terugvalpreventie als een rode draad door de therapie. De laatste sessies staan zelfs geheel in het teken van terugvalpreventie. Cliënt en therapeut blikken terug op de behandeling en bespreken onder andere:

- Wat heeft de cliënt zinvol gevonden aan de therapie?
- Welke technieken, inzichten en ideeën hebben geholpen?
- Welke (oude) gedragingen bleken niet zo helpend?
- Wat kan de cliënt doen om het geleerde te onderhouden?
- Hoe kan de cliënt de terugkeer van klachten in een vroegtijdig stadium herkennen?
- Wat kan de cliënt doen wanneer hij merkt dat de klachten echt terugkomen?

Al deze gegevens worden genoteerd in een zogenoemd terugvalpreventieplan dat cliënt zelf opstelt (de therapeut stuurt alleen bij). Het terugvalpreventieplan kan getoetst worden door de cliënt een aantal hypothetische situaties voor te leggen en te bekijken of en hoe deze hierop kan antwoorden. Ook is er aandacht voor eventueel angstige gedachten over het beëindigen van de therapie en/of het terugkeren van de klachten.

7.5 Effectiviteit

CGT is veruit de meest onderzochte en empirisch gevalideerde vorm van psychotherapie. Effecten van CGT worden meestal gemeten aan de hand van de ernst van de klacht waarvoor iemand behandeld wordt, de geloofwaardigheid van de disfunctionele gedachten en de frequentie van het vermijdingsgedrag. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt CGT effectief bij veel psychische problemen, waaronder angststoornissen, stemmingsstoornis-

© Noordhoff Uitgevers bv

sen, eetstoornissen, verslavingen, gedragsstoornissen, aanpassingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische verschijnselen, relatie- en gezinsproblemen en psychosomatische problemen, zoals slaapproblemen en chronische vermoeidheid (zie onder andere overzichtsartikel van Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Naast acute effecten, lijkt de sterke kant van CGT ook vooral in de langetermijneffecten te liggen. Verschillende studies hebben aangetoond dat CGT ook op lange termijn werkt en een lager terugvalpercentage kent dan bijvoorbeeld medicamenteuze behandelingen (Ball et al., 2006; Beck, 2005; Clark et al., 2006; Clark et al., 2003; DeRubeis et al., 2005; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006; Hollon et al., 2005). Vanwege deze positieve onderzoeksbevindingen geldt CGT volgens officiële richtlijnen als de voorkeursbehandeling voor diverse aandoeningen.

Studies die hebben bekeken welke component van CGT het meest effectief is, zijn schaars en laten gemengde resultaten zien. Sommige studies vonden dat de combinatie van gedragstherapie en cognitieve therapie belangrijk is, terwijl andere lieten zien dat de combinatie niet noodzakelijk is om tot een goed behandelresultaat te komen. In het geval van een depressieve stoornis bijvoorbeeld lijkt een puur gedragstherapeutische benadering, zonder enige cognitieve interventie (behavioral activation), minstens zo effectief als een volledig CGT-pakket (Dimidjian et al., 2006; Richards et al., 2016).

Hoewel CGT positieve effecten heeft voor veel cliënten, profiteert niet iedereen (voldoende) van de behandeling. Het onderzoek naar het verder verfijnen en uitbreiden van psychologische behandelmethoden voor psychische stoornissen gaat dan ook verder. Belangrijk aandachtspunt in het huidige onderzoek binnen de cognitieve gedragstherapie is het ontdekken hoe en voor wie de interventie werkt (zie o.a. Huibers et al., 2015; Lemmens et al., 2017).

7.6 (Contra-)indicaties

Een basisvoorwaarde voor CGT is een duidelijke motivatie van de cliënt om iets aan de klachten te doen. Daarnaast moet de cliënt in staat zijn om gedachten onder woorden te brengen en daarop te reflecteren. Lange tijd golden psychosen als contra-indicatie voor CGT. Er zijn echter, aanwijzingen dat CGT wel degelijk effectief is bij psychotische problematiek (Turner, Van der Gaag, Karyotaki, & Cuijpers, 2014; Van Alphen et al., 2012). Een lage intelligentie kan ook een contra-indicatie zijn, hoewel het vermogen van de therapeut om taalgebruik en methoden aan te passen aan de capaciteiten van de cliënt veel kan compenseren. Ook secundaire diagnosen worden vaak als contra-indicaties voor cognitieve therapie gezien. Onderzoek wijst echter uit dat cognitieve therapie voor bepaalde stoornissen net zo effectief is voor cliënten met als zonder comorbide klinische stoornissen. Voor persoonlijkheidsstoornissen geldt hetzelfde: depressieve of angstige cliënten met en zonder persoonlijkheidsstoornis blijken evenveel baat te hebben bij CGT (De Bolle et al., 2011; Dreessen & Arntz, 1998; Fournier et al., 2008; Kuyken, Kurzer, DeRubeis, Beck, & Brown, 2001; Van Bronswijk et al., 2018). Juist hierin lijkt cognitieve gedragstherapie zich gunstig te onderscheiden van farmacologische behandeling en van andere

© Noordhoff Uitgevers bv

vormen van psychotherapie. Omdat de DSM veel persoonlijkheidsstoornissen onderscheidt, is verder onderzoek met grote groepen cliënten nodig om de vraag te beantwoorden of specifieke persoonlijkheidsstoornissen een negatieve invloed op CGT hebben. Het moeilijk kunnen samenwerken, het niet in staat zijn om zich aan afspraken te houden en een extreem passieve houding ten opzichte van de behandeling zijn ongunstige factoren voor het behandeleffect. In de klinische praktijk wordt daarnaast vaak gezien dat wanneer cliënten geen daginvulling hebben (werk of opleiding) een CGT soms moeilijk kan aanslaan omdat structuur, ritme en regelmaat ontbreekt. In dat geval heeft het vinden van een passende daginvulling prioriteit.

7.7 Nieuwe ontwikkelingen

7.7.1 Schematherapie

Een belangrijke uitbreiding van CGT is de zogenoemde schematherapie – ook wel schema-gerichte therapie (ST) genoemd (Young, Klosko, & Weishaar, 2006; Nederlandse vertaling Arntz & Jacob, 2012). Deze therapie is ontwikkeld voor chronische problematiek die wortels heeft in de jeugd, zoals het geval is bij persoonlijkheidsstoornissen of chronisch of recidiverende depressies. De focus hierbij ligt niet zozeer op automatische gedachten en gedragsverandering, maar op experiëntiële technieken waarbij contact gemaakt wordt met het gevoel. Ook wordt veel belang gehecht aan de therapeutische relatie, waarin getracht wordt zaken te corrigeren die in de jeugd zijn misgegaan, zoals het bieden van een veilige hechting. Daarnaast wordt actief gewerkt aan het opbouwen van nieuwe, gezonde schema's, die te weinig ontwikkeld zijn in deze cliënten. Hoewel schematherapie nogal eens wordt gepresenteerd als een geheel nieuwe behandelvorm, maakt de therapeut vaak ook gebruik van de bestaande cognitieve behandeltechnieken. De belangrijkste toepassingsgebieden zijn persoonlijkheidsstoornissen, chronische depressieve stoornissen en chronische eetstoornissen. Effectstudies voor zowel individuele als groepsschematherapie laten erg goede effecten zien (Bamelis, Eevers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Van Asselt et al., 2008). Deze therapievorm wordt uitgebreider besproken in hoofdstuk 17.

7.7.2 Derdegeneratie-CGT

De meest recente ontwikkeling binnen het cognitief-gedragstherapeutisch kader is de aandachts- en acceptatiegerichte CGT. Deze stroming wordt ook wel de derdegeneratie-CGT genoemd. Derde generatie omdat het chronologisch volgt op de klassieke gedragstherapie (eerste generatie) en de cognitieve therapie (tweede generatie). Daar waar de eerste en tweede generatie het accent leggen op de rechtstreekse verandering van gedachten, gevoelens en gedrag, richt de derde generatie zich op het effectiever leren omgaan met cognities en emoties zonder deze rechtstreeks te willen veranderen. In onderstaande box 7.7 worden de verschillen in aanpak geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld.

© Noordhoff Uitgevers bv

BOX 7.7

Aanpak van spreekangst binnen drie generaties CGT

Eerste generatie
Uitgangspunt: Een cliënt die bang is om voor een groep te spreken heeft die emotionele reactie waarschijnlijk aangeleerd. Bijvoorbeeld door te zien hoe bang iemand anders was bij het geven van een spreekbeurt of een belangrijke lezing.
Behandeling: Nieuwe reacties aanleren door middel van operante technieken: de cliënt leert dat hij niet bang hoeft te zijn, door heel vaak lezingen te geven en te merken dat er niets ergs gebeurt.

Tweede generatie
Uitgangspunt: Disfunctionele cognities en verwachtingen over het spreken staan centraal (bijvoorbeeld: 'ze gaan me uitlachen', 'ze gaan me stom vinden', 'ik ga flauwvallen' enzovoorts).
Behandeling: Cognities die samenhangen met de spreekangst worden opgespoord, en kritisch bekeken. Disfunctionele cognities worden veranderd, en vervangen door meer functionele cognities, waardoor de cliënt minder geneigd is om het spreken te gaan vermijden.

Derde generatie
Uitgangspunt: In de derdegeneratiegedragstherapie zal een therapeut opmerken dat de afwezigheid van de angst niet het doel is, maar het houden van een goede presentatie.
Behandeling: De cliënt leert dat je prima kunt presenteren met een flinke dosis spanning in je lijf en dat deze spanning dus niet noodzakelijk verbannen hoeft te worden.

Kenmerkend voor de derdegeneratietherapieën is het gebruik van experiëntiële technieken zoals mindfulness. De meest bekende vormen van derdegeneratietherapie zijn de Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; 2012) en de Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016). Hoewel de behandelvormen uit de derde generatie vaak gepresenteerd worden als losstaande therapieën, is er heel wat overlap. Het gaat dan ook meer om accentverschuivingen vanuit de eerste en tweede generatie, dan om echt volledig verschillende therapievormen. Bovendien worden technieken uit de diverse stromingen vaak door elkaar gebruikt.

7.7.3 Technologische innovaties

Technologische ontwikkelingen maken het mogelijk om cognitief-gedragstherapeutische technieken aan te bieden onder nieuwe omstandigheden. Een voorbeeld van een technologische innovatie is exposure door middel van virtual reality (VR). Bij virtual reality krijgt de cliënt een VR-bril op, waarop driedimensionaal computergestuurde werelden worden aangeboden (bijvoorbeeld een hoge trap beklimmen of in een vliegtuig zitten). Bij de behandeling van specifieke fobische klachten, zoals hoogtevrees of vliegangst, blijkt exposure door middel van virtual reality even effectief als exposure in vivo (Opriş et al., 2012; Powers & Emmelkamp, 2008). Wat betreft andere stoornissen (sociale angst, PTSS en paniek) is de effectiviteit van virtual

Virtual reality

© Noordhoff Uitgevers bv

Blended behandelingen

reality nog onvoldoende onderzocht. Een ander voorbeeld betreft het aanbieden van cognitief-gedragstherapeutische programma's via internet. In de meeste gevallen gaat het dan om zogenoemde blended behandelingen waarbij e-health-sessies worden afgewisseld met face-to-facecontacten met de therapeut, maar er bestaan ook online zelfhulpprogramma's, of programma's waarbij de therapeut op afstand betrokken is (bijvoorbeeld via e-mail, chat of skype). Hoewel al deze vormen effectief kunnen zijn, dient te worden opgemerkt dat de effecten van programma's waarbij een therapeut betroken is, groter zijn dan die van programma's die mensen volledig zelfstandig moeten doorlopen (Spek et al., 2007). Daarnaast zijn er de laatste jaren veel apps verschenen die gebaseerd zijn op cognitief-gedragstherapeutische principes. Dit zijn handige hulpmiddelen die in-the-moment-onderstening kunnen bieden (zie onder anderen Boh et al., 2016).

7

SAMENVATTING

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een kortdurende, gestructureerde en klachtgerichte vorm van psychotherapie, waarin mensen leren om anders tegen problemen aan te kijken en er anders mee om te gaan. CGT kent twee kerncomponenten: cognitieve therapie en gedragstherapie. Gedragstherapie richt zich op het veranderen van gedrag door middel van klassieke en operante conditioneringsprincipes. In de cognitieve therapie wordt de cliënt ertoe gebracht het eigen denken te onderwerpen aan een kritisch onderzoek en disfunctionele gedachten te vervangen door alternatieve opvattingen die meer functioneel en helpend zijn. Hoewel gedragstherapie en cognitieve therapie apart van elkaar zijn ontstaan, zijn ze in de loop der jaren dusdanig geïntegreerd dat men tegenwoordig vaak spreekt van CGT.

Cognitieve gedragstherapie bestaat in verschillende soorten en vormen en heeft verschillende benaderingen onder zich die alle net een andere insteek hebben. Al deze benaderingen hebben echter als overkoepelend kenmerk dat ze de samenwerking tussen gedachten, gevoelens en gedrag benadrukken en cognitieve en gedragsmatige interventies inzetten om negatieve gevoelens en ongewenst gedrag te veranderen.

Kenmerkende methoden in de diagnostische fase van CGT zijn onder andere de holistische theorie (macroanalyse), functieanalyse (microanalyse) en de casusconceptualisatie. Ook zijn er diverse vragenlijsten, tests en registratiemethoden ontwikkeld om (de relatie tussen) gevoelens, gedachten en gedrag in kaart te brengen. Wanneer de therapeut een compleet beeld heeft van de situatie, worden behandeldoelen opgesteld en worden er afspraken gemaakt over de duur van de behandeling en de frequentie van de therapiesessies. Vervolgens legt de therapeut de rationale voor aan de cliënt. Daarna start de veranderingsgerichte fase van de therapie. De cognitief-gedragstherapeut heeft daarbij de keuze uit (een combinatie van) diverse technieken. Sommige zijn oorspronkelijk afkomstig uit de cognitieve therapie (onder andere gedachten identificeren, evalueren en veranderen), en andere uit de gedragstherapie (onder andere exposure, gedragsactivatie, token economy).

© Noordhoff Uitgevers bv

CGT is effectief gebleken in de behandeling van diverse vormen van psychopathologie, en behoort momenteel tot de aanbevolen psychologische standaardzorg voor onder andere stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen en verslavingsproblematiek. Naast acute effecten, lijkt de sterke kant van CGT ook vooral in de langetermijneffecten te liggen. Ondanks de positieve en duurzame effecten van CGT, profiteert niet iedereen (voldoende) van de behandeling. Het onderzoek naar het verder verbeteren en uitbreiden van CGT gaat dan ook verder. Belangrijk aandachtspunt in dit type onderzoek is het ontdekken hoe en voor wie de behandeling werkt.

© Noordhoff Uitgevers bv