

Cognitieve gedragstherapie bij depressie

Cognitieve gedragstherapie bij depressie

Drs. P.J. Molenaar
Drs. F.J. Don
Prof. dr. J. van den Bout
Drs. F. Sterk
Prof. dr. J. Dekker



Bohn Stafleu van Loghum
Houten 2009

© 2009 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

ISBN 978 90 313 7351 2

NUR 777

Ontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Ontwerp binnenwerk: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Pre Press Media Groep, Zeist

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| De proef op de som! | 7 |
| Dankwoord | 9 |
| Inleiding | 11 |
| Ontwikkeling van het protocol | 13 |
| Het protocol | 15 |
| Randvoorwaarden en activiteiten (zitting 1 en 2) | 15 |
| Fase 1: Verhogen/veranderen van het activiteitsniveau (zitting 1 t/m 4) | 16 |
| Fase 2: Cognitieve therapie: onderkennen van proble- matische cognities (zitting 5 t/m 7) | 16 |
| Fase 3: Cognitieve therapie: verandering van cognities en consolidatie van het geleerde (zitting 8 t/m 16) | 16 |
| Gebruik van vragenlijsten | 17 |
| Rationale van de behandeling | 18 |
| Onderzoeksbevindingen | 22 |
| (Contra-)indicaties | 24 |
| Fase 1: Veranderen van het activiteitsniveau | 25 |
| Zitting 1 – Kennismaking, randvoorwaarden | 25 |
| Zitting 2 – Planning activiteiten en stemmingmeting | 32 |
| Zitting 3 – Planning activiteiten en registratie | 38 |
| Zitting 4 – Planning activiteiten, registratie en leefstijl | 40 |

| | |
|---|-----------|
| Fase 2: Cognitieve therapie: onderkennen van problematische cognities | 42 |
| Zitting 5 – Introductie cognitieve therapie | 42 |
| Zitting 6 – Registratie automatische gedachten | 48 |
| Zitting 7 – Registratie automatische gedachten en leefregels | 51 |
| | |
| Fase 3: Verandering van cognities en consolidatie | 54 |
| Zitting 8 – Introductie uitdagen cognities | 54 |
| Zitting 9 – Uitdagen cognities en introductie denkfouten | 58 |
| Zitting 10 – Uitdagen cognities en denkfouten | 60 |
| Zitting 11 en 12 - Gedragsexperimenten | 62 |
| Zitting 13, 14 en 15 - Aanvullende uitdaagtechnieken of extra gedragsexperimenten | 66 |
| Zitting 16 – Afsluiten behandeling | 76 |
| | |
| Bijlage: Typerende cognities bij depressie | 77 |
| Automatische gedachten | 77 |
| Leefregels | 77 |
| Onderliggende leefregels (of schema's) | 77 |
| Triggers | 78 |
| Strategieën | 78 |
| Probleem met het probleem | 78 |
| | |
| Geraadpleegde literatuur | 79 |
| Personalia | 83 |

De proef op de som!

In het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw heeft de Task Force van de Amerikaanse psychologenvereniging, de American Psychological Association, verschillende kwaliteitscriteria opgesteld om te bepalen of een psychotherapie het keurmerk van EST kan krijgen (APA Task Force, 1995; Chambless e.a., 1998). EST staat voor Empirically Supported Psychotherapy. Wat zijn nu de belangrijkste kenmerken van een EST? Wanneer is het bewijs geleverd? Een therapie verdient pas de A-status van een echte EST als in ten minste twee of meer 'between group designs experiments' aangetoond is dat de therapie werkzamer is dan een pil- of een psychotherapieplacebo of even werkzaam als een andere EST (Chambless en Ollendick, 2001). Een andere mogelijkheid is dat de werkzaamheid is aangetoond in een aantal 'single case design experiments' (waarbij de therapie is vergeleken met een andere therapie). In beide gevallen moeten er wel geprotocolleerde handboeken van de therapie zijn, moet de cliëntengroep goed beschreven zijn en moeten twee onderzoekers of onderzoeksgroepen dezelfde bevindingen hebben gepubliceerd. Dan pas krijgt een therapie de kwalificatie van topkwaliteit, de A-status, en mag deze een 'well-established EST' heten (Dekker, 2004).

Cognitieve Gedragstherapie (afgekort CGT) is al decennialang een EST, die zijn sporen ruimschoots verdiend heeft. In verschillende recente meta-analyses (Cuijpers en Dekker, 2005; Cuijpers e.a., 2008) blijkt CGT de meest onderzochte interventie bij de behandeling van depressie te zijn in de laatste drie decennia. CGT is in al deze onderzoeken een kortdurende vorm van psychologische behandeling waarbij de essentie is dat de cliënt leert negatieve patronen van cognities te ontdekken en te veranderen. Daarbij gaat het om negatieve gedachten zoals 'het wordt nooit wat met mij', 'alles wat ik aanpak gaat fout' of 'iedereen is tegen me'; dergelijke negatieve gedachten vormen in psychologisch opzicht de kern van een depressie. Cognitieve gedragstherapie is even goed of soms iets beter dan alle andere onderzochte vormen van psychologische behandeling.

Tot voor kort was CGT nog maar weinig onderzocht in vergelijking met een psychodynamische therapie voor de behandeling van depressie. In 2006 zijn we daarom een gerandomiseerd onderzoek gestart waarin de werkzaamheid van CGT wordt vergeleken met een psychodynamische therapie (Dekker, 2004; Driessen e.a., 2007). Als psychodynamische therapie is gekozen voor Kortdurende Psychodynamische Steungevende Psychotherapie (KPSP). Al eerder hadden we een uitgebreid protocol voor deze behandeling ontwikkeld (De Jonghe, 2005). In vier gerandomiseerde onderzoeken bleek deze KPSP een effectieve interventie voor de behandeling van depressie (De Jonghe e.a., 2001; Dekker e.a., 2005; De Jonghe e.a., 2004; Dekker e.a., 2008). In het kader van ons recente onderzoek (Driessen e.a., 2008) is deze CGT-handleiding voor de behandeling van depressieve stoornissen voor therapeut en cliënt ontwikkeld.

De laatste decennia zijn er in Nederland enkele protocollen voor cognitieve gedragstherapie voor depressie gepubliceerd met elk zijn eigen merites. De bekendste van deze protocollen is die van Boelens en Bloedjes (2004). Wij hebben geprobeerd de voordelen van al die protocollen te integreren. Drie jaar geleden gingen therapeuten van enkele psychiatrische poliklinieken van de GGZ-instelling Arkin in Amsterdam aan de slag met de eerste versie van het protocol. Dankzij continue terugkoppeling van behandelaren en cliënten is het geëvolueerd tot de versie die nu voor u ligt. We hopen hiermee een werkbaar richtsnoer voor uw behandeling te hebben gemaakt.

Prof. dr. Jack Dekker

Dankwoord

Hoewel er slechts vijf namen op de voorkant van dit boekwerk vermeld staan, hebben we voor de totstandkoming van dit protocol dankbaar gebruikgemaakt van de ideeën, tips en suggesties van vele andere psychotherapeuten, psychiaters in opleiding en GZ-psychologen (al dan niet in opleiding) van de poliklinieken van Arkin (voormalig JellinekMentrum) die met dit protocol hebben gewerkt. Dat geldt ook voor hun supervisors Barbara Jedding, Trudi Lagestee, Hans Raapis Dingman en Loes Marquenie. Daarnaast gaat onze dank uit naar prof. Steven Hollon van de Vanderbilt University in Nashville Tennessee voor zijn adviezen, dr. Claudi Bockting van de Rijksuniversiteit Groningen voor haar suggesties en prof. Marcus Huibers van de Universiteit van Maastricht voor de toestemming voor het gebruik van een handboek over cognitieve therapie.

Daarnaast willen we de Raad van Bestuur en de Directie van de Curatieve Zorg van Arkin bedanken voor het mogelijk maken van dit ontwikkelingsproject en de afdelingshoofden Else van Geldorp, Femia Clijnk en Bea Kraaikamp van de poliklinieken voor het geduld en bereidwilligheid om medewerkers met dit protocol te laten oefenen, en de cliënten voor hun continue feedback op het protocol.

Met de totstandkoming van dit geprotocolleerde CGT-handboek hopen wij voor therapeut en cliënt een topkwalitatieve bijdrage (met A-status) te leveren voor een optimale behandeling van depressie.

Drs. P.J. Molenaar

Drs. F. Don

Prof. dr. J. van den Bout

Drs. F. Sterk

Prof. dr. J. Dekker

Inleiding

Depressieve stoornissen vormen een groot gezondheidsprobleem in de wereld van vandaag de dag. Volgens de World Health Organization (2001) was depressie in het jaar 2000 de ziekte met de grootste 'disability' (d.w.z. de totale tijd van alle mensen ter wereld die aan een ziekte lijden) in de wereld en de vierde ziekte qua ziektelast (d.w.z. de totale tijd plus de verkorting van de levensduur door de ziekte). Men verwacht dat in 2020 depressie na hartfalen de tweede ziekte is qua ziektelast. Iedere volwassene heeft in zijn leven ongeveer 15% kans om een depressie te krijgen, met een piek rond het dertigste levensjaar (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz, 2007). Bij mannen is deze kans 10% en bij vrouwen 20% (Kessler e.a., 2003). Hoewel er vorderingen gemaakt zijn met betrekking tot het behandelen van depressie, is het aantal cliënten dat een terugval krijgt nog steeds aanzienlijk. Iemand die ooit een depressie heeft doorgemaakt, heeft een grotere kans om nog eens een depressie te krijgen. Percentages variëren van 50% (Kupfer, 1991) tot 85% (Mueller e.a., 1999) afhankelijk van de duur van de periode en het aantal periodes dat men heeft doorgemaakt. Iedere keer dat een cliënt een terugval doormaakt, wordt de kans op een volgende terugval ongeveer 10% hoger (Coryell e.a., 1996). Depressieve klachten leiden tot ernstige beperkingen in het sociaal functioneren, bijvoorbeeld op gebied van werk, vrije tijd en contact met de partner, kinderen, familie of vrienden (Molenaar e.a. 2007; Hirschfeld e.a. 2000). Het is dan ook niet verwonderlijk dat er wereldwijd veel aandacht wordt besteed aan onderzoek naar de meest effectieve behandeling van depressie. In de diverse multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van depressie (American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines, 1995; CBO, 2005) wordt Cognitieve Gedragstherapie (CGT) geadviseerd als een van de effectieve psychologische en/of psychotherapeutische interventies bij cliënten met een depressieve stoornis, vanwege de in vele studies aangetoonde werkzaamheid. In verschillende recente meta-analyses (Cuijpers en

Dekker, 2005; Cuijpers e.a., 2008) blijkt CGT in de laatste drie decennia ook de meest onderzochte interventie bij de behandeling van depressie te zijn, met telkens weer een bewezen effectiviteit.

In 2006 zijn wij in drie poliklinieken van de GGZ-instelling Arkin in Amsterdam een gerandomiseerd onderzoek gestart waarin depressieve cliënten 'at random' werden toegewezen aan een behandeling met CGT of behandeling met Kortdurende Psychodynamische Steungevende Psychotherapie (afgekort KPSP). Voor KPSP was recent een uitgebreid behandelprotocol ontwikkeld (De Jonghe, 2005). Voor CGT bestond een uitgebreid behandelprotocol al veel langer, veronderstelden we, maar dat was wat al te naïef gedacht.

Ontwikkeling van het protocol

In Amerika en Engeland zijn verschillende protocollen voor cognitieve (gedrags)therapie voor de behandeling van depressie ontwikkeld (Beck, 1976; Beck e.a., 1979; Beck e.a., 1995; Williams, 1984). Hiervan afgeleid zijn er ook in Nederland enkele behandelprotocollen voor behandeling van depressie vanuit het cognitief gedragstherapeutisch referentiekader verschenen, met elk zijn eigen merites (Lange, 2005; Boelens en Bloedjes, 2004; Berndes en Emmelkamp, 1999; Albersnagel, Emmelkamp en Van den Hoofdakker, 1998). Maar geen van deze protocollen werd anno 2005 in de poliklinieken voor volwassenen van GGZ-instelling Arkin systematisch gebruikt. De meeste cognitieve gedragstherapeuten van Arkin waren over geen van deze protocollen tevreden, en iedereen gebruikte op eigen wijze delen van de verschillende protocollen, vaak op maat gemaakt voor de cliënt. Om die reden hebben wij in 2005 besloten een eigen protocol te ontwikkelen.

Als uitgangspunt hebben wij het protocol gebruikt dat is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en de Erasmus Universiteit in het kader van 'Doelmatigheid Ambulante Behandeling' (Van Straten e.a., 2006). Dit protocol is door Fred Sterk en Jan van den Bout geschreven voor de behandeling van angst en depressie. Voor het huidige protocol hebben wij hieruit de elementen voor de behandeling van depressie als basis genomen en dit aangevuld met de kennis van de overige auteurs en suggesties van de behandelaren van de drie poliklinieken. Zij gingen in 2006 met een ruwe versie van het protocol aan de slag.

Alle behandelaren kregen wekelijks supervisie van door de Vereniging van Gedragstherapie en Cognitieve Therapie erkende supervisoren om de kwaliteit van de behandelingen te waarborgen. Inmiddels (anno 2009) zijn er meer dan 150 depressieve cliënten door ongeveer 30 therapeuten behandeld. Dit leidde er onvermijdelijk toe dat onduidelijkheden of problemen in het protocol aan het licht kwamen. Gedurende de jaren dat het protocol ontwikkeld en toegepast werd, heeft een nauwe samenwerking tussen de behandelaren, hun supervisoren en onderzoekers steeds geleid tot aanpassingen van het protocol. In

sommige gevallen hebben we advies gevraagd aan externe deskundigen, zowel nationaal als internationaal, op het gebied van cognitieve gedragstherapie bij depressie.

Naast deze werkwijze is het protocol ook toepasbaar gemaakt voor gebruik in onderzoek. Mede om die reden is extra aandacht besteed aan het gedetailleerd weergeven van de verschillende interventies. De idee hierachter is dat zowel ervaren als minder ervaren behandelaren voldoende houvast hebben om het protocol uit te voeren. Hierdoor zou er met grotere betrouwbaarheid van uit kunnen worden gegaan dat de door verschillende therapeuten geboden cognitieve gedragstherapie dezelfde vorm had en dat de resultaten dus onderling vergelijkbaar zouden zijn.

Het totale ontwikkeltraject heeft er ons inziens toe geleid dat de uitvoerbaarheid van het protocol geoptimaliseerd is. Ook vormt het een neerslag van de kennis en ervaring van dit moment. Hoewel er in het protocol gebruik wordt gemaakt van bewezen effectieve cognitief gedragstherapeutische technieken, zal de opzet van dit protocol zijn (kosten)effectiviteit bij verschillende cliëntgroepen moeten bewijzen in de praktijk. Daarover hopen we binnenkort te publiceren.

Het protocol

Het protocol beschrijft de algemene cognitief gedragstherapeutische benadering voor cliënten met depressieve klachten. Uniek aan dit protocol is dat zitting voor zitting nauwkeurig is beschreven waar aan gewerkt kan worden en hoe dit aan de cliënt kan worden uitgelegd. Voor sommigen kan dit als een keurslijf aanvoelen, voor anderen kan het een houvast zijn. Uiteraard kan het protocol meer 'losgelaten' worden als je je als behandelaar zekerder voelt in de behandeling van depressieve cliënten.

Waar in het protocol 'hij' of 'cliënt' gebruikt wordt, kan ook 'zij' of 'cliënte' gelezen worden.

Naast het protocol is er ook een werkboek voor de cliënt (Molenaar e.a., 2009). Dit werkboek is net als het protocol per zitting opgebouwd. Per zitting wordt in de agenda weergegeven wat de cliënt kan verwachten. Daarnaast bevat het registratieformulieren, instructies voor het invullen van de registratieformulieren en aanvullende informatie.

Het protocol bestaat uit zestien zittingen, verdeeld over drie fasen. De eerste tien zittingen vinden wekelijks plaats, de laatste zes tweeweekelijks. Dit betekent dat de totale behandeling ongeveer een half jaar duurt. Iedere zitting duurt 45 minuten.

Randvoorwaarden en activiteiten (zitting 1 en 2)

Het protocol start met twee introductiezittingen waarin veel moet gebeuren. Centraal staan allereerst uiteraard 'contact maken' met de cliënt en hem motiveren voor deze behandeling. De cliënt moet zich begrepen voelen en moet het perspectief geboden worden van 'beter worden'. De theorie achter de behandeling dient te worden uitgelegd aan de hand van het verhaal van de cliënt. De randvoorwaarden worden besproken, zoals de gezamenlijke manier van werken, afspraken die hierover gemaakt worden, de doelen waaraan gewerkt gaat worden

en het therapiecontract. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het verband tussen het activiteitsniveau en de stemming van de cliënt.

Fase 1: Verhogen/veranderen van het activiteitsniveau (zitting 1 t/m 4)

In de eerste fase is het belangrijk dat de cliënt meer activiteiten gaat ontplooiën waar hij potentieel voldoening uthaalt. Het is bekend dat dit positief bijdraagt aan de stemming. De cliënt wordt gevraagd deze activiteiten en zijn stemming daarbij te registreren, een lijst met potentieel plezierige activiteiten op te stellen en een planning te maken voor het uitvoeren van activiteiten. Deze fase kan, indien nodig, ook gebruikt worden om ongezonde leefwijzen (zoals onregelmatig eten, omgekeerd dag-en-nachtritme, e.d.) onder de loep te nemen en waar mogelijk te veranderen. Het doel is een regelmatig en stabiel leefpatroon tot stand te brengen.

In het begin van de behandeling ervaren cliënten soms weerstand bij de nadruk op het verhogen van het activiteitsniveau. Men voelt zich lusteloos en zal in eerste instantie weinig voelen voor het verhogen van het activiteitsniveau. Door het nut van activering en de opbouw van de behandeling als geheel duidelijk te maken, kan die weerstand vaak worden weggenomen.

Afhankelijk van het niveau van functioneren van de cliënt en de ernst van de depressieve klachten, kan gekozen worden voor het sneller doorlopen van deze activeringsfase.

Fase 2: Cognitieve therapie: onderkennen van problematische cognities (zitting 5 t/m 7)

In deze fase wordt het cognitieve model volgens Beck (1967) en Beck e.a. (1979) uitgelegd.

Er wordt expliciet ingegaan op hoe gedachten het gevoel kunnen beïnvloeden. Door middel van het bijhouden van gedachtedagboeken wordt zicht gekregen op hoe in bepaalde situaties negatieve automatische gedachten of leefregels van invloed zijn op de depressieve stemming.

Fase 3: Cognitieve therapie: verandering van cognities en consolidatie van het geleerde (zitting 8 t/m 16)

De derde en laatste fase is gericht op het veranderen van negatieve automatische gedachten en/of leefregels. De cliënt leert zich bewust te worden van zijn denkfouten. Vervolgens gaat hij samen met de be-

handelaar oefenen met het stellen van kritische vragen (de 'socratische dialoog') om de negatieve automatische gedachten en/of leefregels 'uit te dagen'. De cliënt leert gaandeweg inzien dat deze gedachten vaak minder geloofwaardig, minder realistisch of minder helpend zijn als van tevoren werd aangenomen.

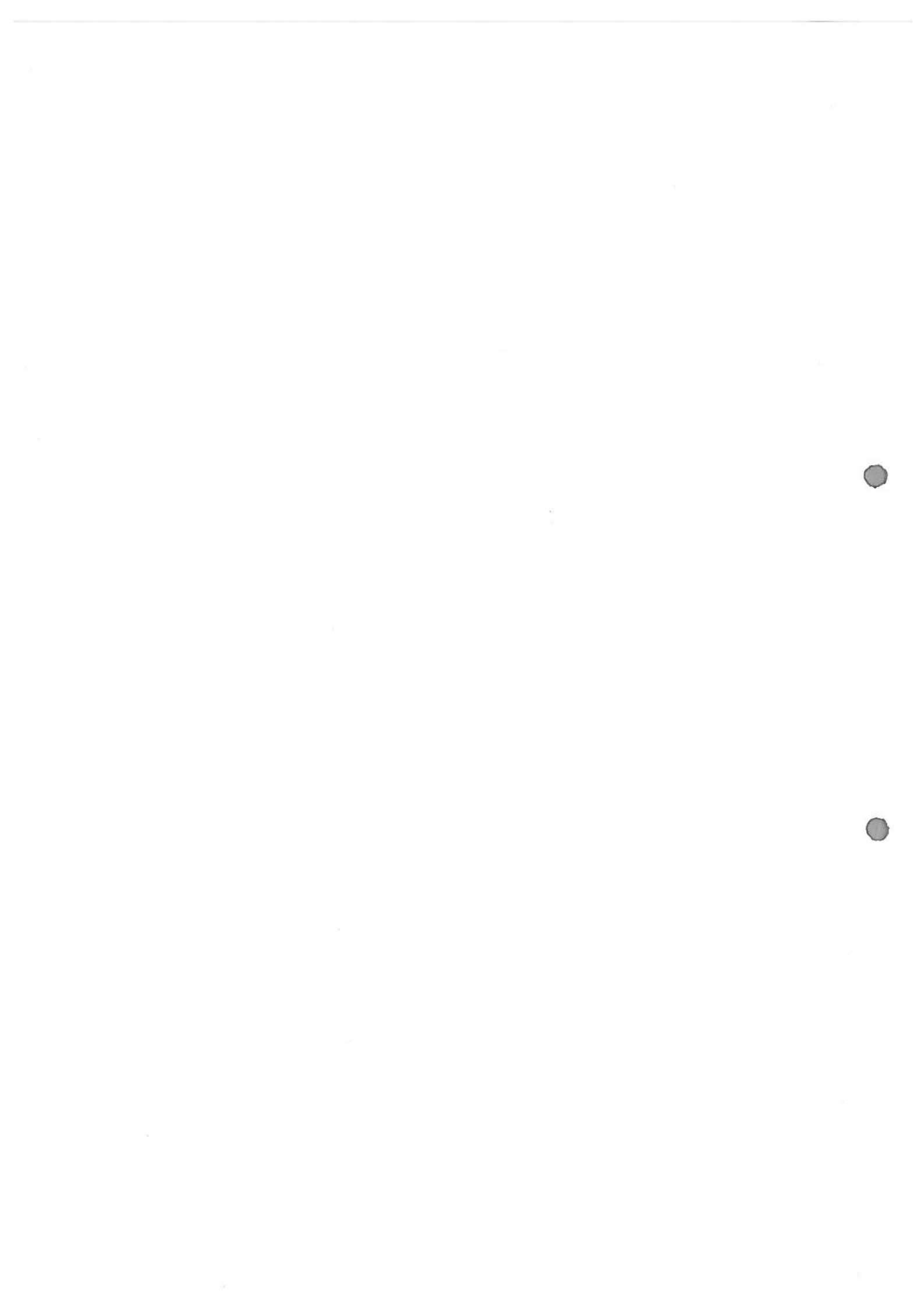
Er worden rationale gedachten ontwikkeld die realistischer, geloofwaardiger en meer helpend zijn. Dit heeft uiteindelijk tot doel de gevoelens en stemming van cliënt op een positieve manier te beïnvloeden.

Cliënten merken nogal eens op dat zij snappen dat rationale gedachten meer helpend en realistisch zijn dan zij aanvankelijk dachten, maar dat dit nog niet zo voelt. Om die reden wordt er in deze fase ook aandacht besteed aan gedragsexperimenten. De cliënt toetst dan buiten de therapiezittingen 'aan den lijve' wat de geloofwaardigheid is van de negatieve automatische gedachte en van de rationale gedachte. Afhankelijk van de behoeften van de cliënt en de inschatting van de therapeut is er in deze fase ruimte om langer stil te staan bij de basistechnieken van het uitdagen, in te gaan op aanvullende uitdaagtechnieken (waaronder meervoudig evalueren, kansberekening, de taarpunttechniek e.d.) of verder te gaan met gedragsexperimenten. Het doel is dat de cliënt meer vat krijgt op zijn eigen gedachten, gevoelens en gedrag om de verbeteringen in de stemming te kunnen vergroten en consolideren.

De zestiende en laatste zitting wordt gebruikt om de behandeling te evalueren en na te gaan in hoeverre de vooraf gestelde doelen gehaald zijn. Daarnaast worden strategieën besproken die de cliënt kan toepassen indien de klachten opnieuw verergeren.

Gebruik van vragenlijsten

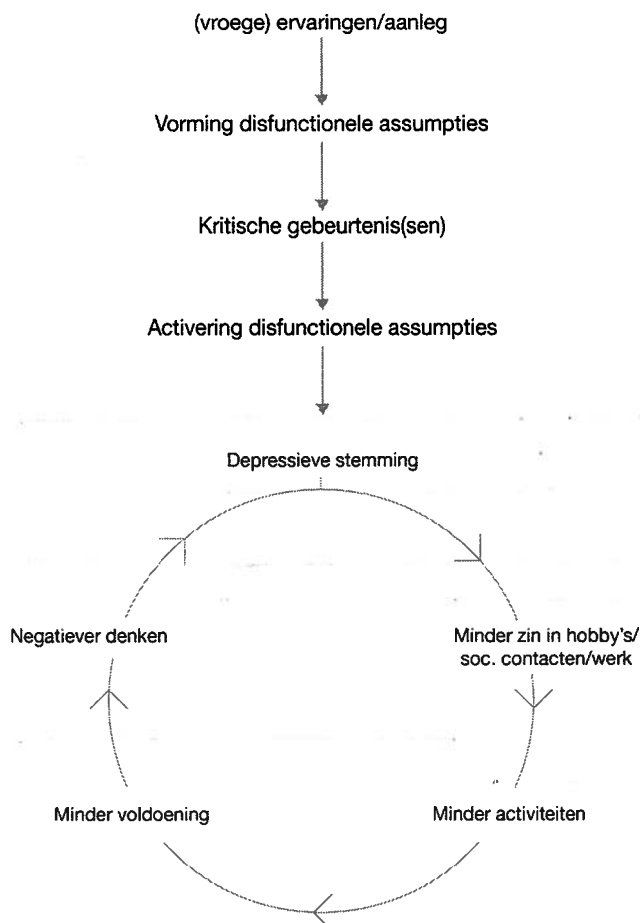
Afname van vragenlijsten (waaronder de Hamilton Depression Rating Scale, HDRS 17-items, Hamilton, 1960; Beck Depression Inventory, BDI-II, Beck, 1996; en de Inventory of Depressive Symptomatology (IDS), Rush e.a., 1996) wordt aangemoedigd, om veranderingen in de klachten zichtbaar te maken. Enerzijds werkt het motiverend wanneer de klachten verminderen, anderzijds zal een wijziging in het beleid gemakkelijker bespreekbaar worden indien de klachten gelijk blijven of verergeren. Hierbij kan gedacht worden aan de additie van medicatie of een wijziging in of van de psychologische behandeling.



Rationale van de behandeling

Deze cognitieve gedragstherapie voor depressie is voornamelijk gebaseerd op de cognitieve theorie van Beck (1967) en Beck e.a. (1979). Zorgvuldigheid gebiedt te zeggen dat er ook elementen gebruikt zijn uit de Rationeel-Emotieve Therapie van Ellis (Walen e.a., 1992). Beck stelt dat een depressie een samenspel is van negatieve gedachten en depressieve symptomen als lusteloosheid en inactiviteit, en concentratieproblemen. Bepaalde kritische gebeurtenissen in het leven van de nog niet zo depressieve cliënt, bijvoorbeeld het overlijden van een familielid, ontlokken overtuigingen die opvallend (zelf)veroordelend en pessimistisch van aard zijn (bijv. 'de dingen gaan altijd verkeerd in mijn leven'). Deze overtuigingen hebben meestal betrekking op de cliënt zelf (bijv. 'ik ben incapabel'), de wereld of anderen ('anderen vinden me niet de moeite waard') en de toekomst ('het komt nooit meer goed met mijn leven'). Deze drie typen overtuigingen worden de cognitieve triade genoemd. Deze overtuigingen zijn ontstaan door aanleg en ervaringen in de jeugd van de cliënt (bijv. onevenredig veel verlies en tegenslagen). Ze hebben door latere, meer corrigerende ervaringen aan kracht ingeboet, maar worden opnieuw actief door een actuele gebeurtenis (bijv. het overlijden van een dierbare). De overtuigingen zorgen voor een somber gevoel. Sombere gevoelens veroorzaken bij de meeste mensen lusteloosheid. En wanneer men weinig zin heeft om dingen te ondernemen, gaat men over het algemeen ook minder ondernemen. Wanneer men hier wat gevoelig voor is, zal men daarop terugkijken met een onvoldaan gevoel ('de dingen gaan verkeerd en ik krijg zelf ook niks voor elkaar'), hetgeen het depressieve gevoel versterkt. Zo is men in een vicieuze cirkel beland (zie onderstaande figuur). Bij sommige consciëntieuze cliënten ontstaat het patroon dat, vanuit een verantwoordelijkheidsbesef, eerst wordt 'gesneden' in de genoeglijke zaken in het leven (bijv. stoppen met sporten en hobby's). Dit vanuit de idee dat men, ondanks de tegenzin, toch ten minste de dingen doet die gedaan móeten worden. In sommige gevallen hoopt men weer meer tevreden over zichzelf te worden. Vanuit

het gezichtspunt van de cliënt is dit heel logisch gedacht, maar wanneer dit overactief-zijn zonder voldoening blijft raakt men uitgeput en wordt de depressie versterkt.



Merk hierbij op dat de disfunctionele overtuigingen ook weer andere gedachten genereren, de zogenaamde negatieve automatische gedachten. Dit zijn de gedachten waar men zich veelal het meest van bewust is en die het gemakkelijkst te verwoorden zijn. Ze worden 'automatisch' en 'irrationeel' genoemd, omdat het geen bewust opgeroepen gedachten zijn, maar ze buiten de bewuste controle vallen. Dit in tegenstelling tot gedachten die 'rationeel', dat wil zeggen weloverwogen, zijn. Die negatieve automatische gedachten hebben meestal ook alleen betrekking op de situatie die het depressieve gevoel heeft opgeroepen, bijvoorbeeld: 'niemand wil op dit feestje met me praten'. De disfunctionele assumpties zijn meer generiek van aard en zijn meestal niet direct in het bewustzijn van de cliënt aanwezig,

- bijvoorbeeld: 'ik ben niet de moeite waard'. De aanpak van de depressie richt zich in eerste instantie op het doorbreken van de geïllustreerde vicieuze cirkel. Dat gebeurt op twee plekken in de cirkel: veranderen van de negatieve gedachten en activeren. In de behandeling wordt gestart met wat in de internationale literatuur bekend staat als *behavioral activation* (Cuijpers e.a., 2007; Lewinsohn, 1980): men gaat meer voldoeninggevendende activiteiten te ontplooiën. Wanneer men dat doet is de verwachting dat men met meer tevredenheid op zijn/haar eigen functioneren terugkijkt. Daarmee vermindert mogelijk voor een deel het depressieve gevoel. In sommige gevallen betekent *behavioral activation* dat de cliënt simpelweg meer zal ondernemen. In andere gevallen zal vooral de aard van de activiteiten veranderen (minder 'moeten', meer 'leuke' dingen). De tweede fase van de behandeling richt zich op de aanpak van de negatieve gedachten, de cognitieve therapie. De werking van dit deel gaat ervan uit dat depressieve mensen veelal een overtrokken en vertekende kijk op de wereld, zichzelf en de toekomst hebben ('alles moet perfect zijn' of 'de wereld is door en door slecht'). Het nader onderzoeken van die gedachten (uitdagen) kan resulteren in een meer reële kijk en dus reëlere gedachten. Het geniet de voorkeur om eerst de negatieve automatische gedachten uit te dagen, daarna de assumpties. Het is daarbij niet de bedoeling dat de cliënt de betreffende negatieve gedachten (bijv. 'niemand is te vertrouwen') zonder meer gaat omzetten in positieve (bv. 'iedereen is te vertrouwen'); deze beide gedachten zijn namelijk even irrationeel. De gedachten worden 'getoetst' op realiteitswaarde (klopt het wat ik denk?) en utiliteitswaarde (heeft het zin dat ik zo denk). Zo ontstaat een weloverwogen gedachte die meer 'survival value' heeft en het depressieve gevoel mogelijk vermindert (bijv. 'op sommige mensen kun je beter rekenen dan op andere, maar het is niet reëel om er meteen van uit te gaan dat iedereen het slecht met me voor heeft'). De toetsing gebeurt in eerste instantie met 'gezond verstand': de therapeut stelt vragen aan de cliënt op een zodanige manier dat de cliënt er kritisch over kan nadenken. Wanneer hier een nieuwe gedachte uit voortkomt waarmee de cliënt beter kan leven, wordt deze vervolgens aan de praktijk getoetst: het gedragsexperiment. Wanneer de overtuiging 'ik moet alles perfect doen om aardig gevonden te worden' is veranderd in bijvoorbeeld 'ook als ik fouten maak, kunnen mensen me nog steeds aardig vinden', kan dit getoetst worden door bijvoorbeeld opzettelijk een fout te maken. Overigens bestaat in de literatuur het gelaagde onderscheid tussen automatische gedachten, intermediaire assumpties en basale schema's. Basale schema's verwijzen naar hardnekkige opvattingen over zichzelf, bijvoorbeeld 'ik ben incapabel'
- 1.
 - 2.

of 'ik ben niet de moeite waard'. Intermediaire assumpties vloeien hieruit voort en sturen het gedrag ('als ik niet altijd klaar sta, dan vinden mensen me niet aardig'). Automatische gedachten komen er ook uit voort en hebben meestal betrekking op de actuele situatie ('ze vindt me vast een lulak'). Dit onderscheid maken we in dit protocol niet. We spreken slechts van 'automatische gedachten' en overtuigingen ('leefregels').

Onderzoeksbevindingen

In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van depressie (CBO, 2005) wordt gemeld dat de werkzaamheid van CGT (evenals van Cognitieve Therapie (CT) en van Gedragstherapie (GT)) groter is dan die van andere psychotherapeutische interventies. Daarbij baseert men zich op een meta-analyse van Gloaguen e.a. (1998). Uit een meta-analyse van Dorrepaal e.a. in 1998 blijken overigens CGT en Interpersoonlijke therapie even effectief te zijn. Wel was het aantal onderzoeken naar IPT gering te noemen. Verder meldt de CBO-richtlijn dat CGT in reviews en buitenlandse richtlijnen ongeveer even effectief is als GT en IPT.

In 2005 hebben Cuijpers en Dekker een review over verschillende meta-analyses gepubliceerd, die wat meer helderheid verschaft over de onderlinge vergelijkbaarheid van CGT met andere psychologische interventies. Zij stellen dat in de afgelopen decennia tot 2005 ten minste 130 gerandomiseerde trials zijn uitgevoerd naar de effecten van psychologische behandeling van cliënten met depressieve stoornissen. Belangrijke vormen van psychologische behandeling zijn onder meer cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en therapie gericht op probleemoplossing. Deze behandelvormen zijn onderzocht bij diverse doelgroepen, zoals adolescenten, ouderen, vrouwen met postnatale depressie en mensen met verschillende lichamelijke aandoeningen. Ook zijn er verschillende uitvoeringen onderzocht, zoals groepstherapie, individuele therapie, partnertherapie, bibliotherapie en internettherapie. Voor hun review hebben Cuijpers en Dekker tien meta-analyses geselecteerd, waaruit naar voren komt dat er niet aan getwijfeld hoeft te worden dat psychologische behandeling grote effecten heeft op symptomen en herstel bij depressie. Welke vorm van psychologische behandeling de beste is, is niet duidelijk. CGT is het meest onderzocht. Volgens Cuijpers en Dekker is CGT effectief, evenals de andere onderzochte vormen van psychologische behandeling. In 2008 hebben Cuijpers e.a. opnieuw een meta-analyse gepubliceerd om meer duidelijkheid te krijgen over de vraag of alle psychothera-

pieën voor depressies even effectief zijn. Zij selecteerden alle studies tot 2007 (53 in totaal) waarin de zeven belangrijkste psychologische behandelingen voor milde en matige depressies rechtstreekse met andere psychologische behandelingen zijn vergeleken. Elk van de zeven belangrijkste interventies moest op zijn minst in vijf gerandomiseerde vergelijkende studies zijn onderzocht.

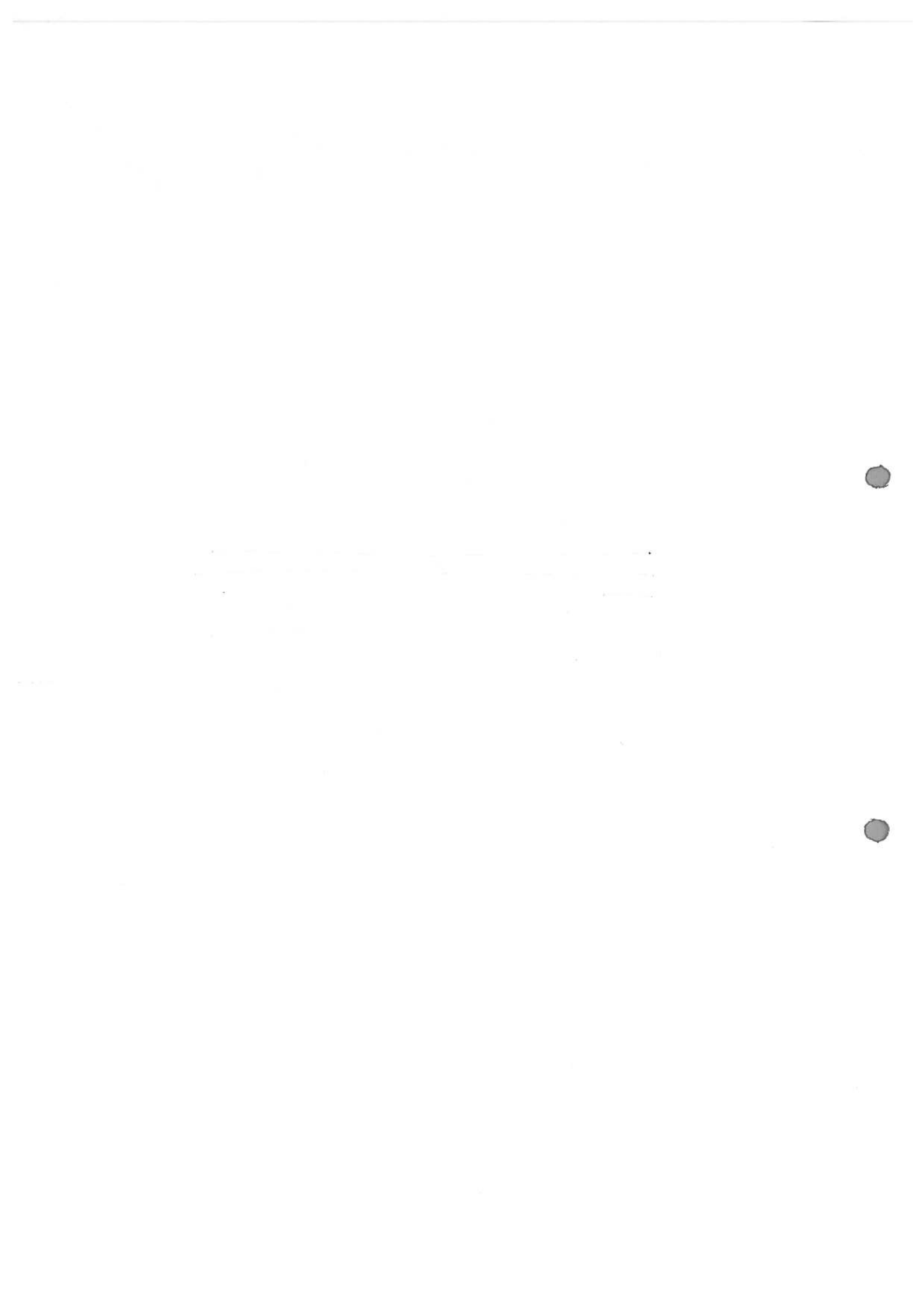
CGT bleek nog steeds de meest onderzochte interventie. De therapie blijkt ook effectief te zijn, evenals niet-directieve steunende therapie, gedragsactiverende therapie, interpersoonlijke therapie, psychodynamische therapie, probleemoplossende therapie en sociale vaardigheidstraining. CGT is dus een therapie die de kwalificatie van topkwaliteit, de A-status, heeft en als een 'well-established Empirically Supported Therapy' kan worden omschreven.

(Contra-)indicaties

Dit protocol is ontwikkeld voor de ambulante behandeling van cliënten met een depressieve stoornis. Het gaat hierbij om volwassen cliënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar die als hoofddiagnose een depressieve stoornis hebben, met of zonder dysthyme stoornis (APA, 1994; 2000). De ernst kan hierbij variëren van een milde tot en met ernstig depressieve stoornis (een HDRS-score van > 14).

Exclusiecriteria zijn de aanwezigheid van psychotische kenmerken, een bipolaire stoornis, grote kans op suïcide en misbruik van alcohol of drugs.

Daarnaast is het belangrijk de cliënt in het adviesgesprek duidelijk te maken wat hij kan verwachten van een behandeling middels cognitieve gedragstherapie. Huiswerkopdrachten vormen een vast onderdeel van de behandeling. Van de cliënt wordt dan ook een 'actieve' deelname verwacht, zowel binnen als buiten de gesprekken. Hoewel het onze ervaring is dat de meeste cliënten dit vooraf geen bezwaar vinden, sluit dit voor een enkeling niet aan bij de verwachtingen van behandeling. Indien – na uitleg – de motivatie voor het uitvoeren van huiswerkopdrachten erg laag blijft, moet duidelijk worden gemaakt dat de werkzaamheid van deze behandelmethode in dat geval minder zal zijn.



Fase I: Veranderen van het activiteitsniveau

(zitting 1 t/m 4)

Zitting 1 – Kennismaking, randvoorwaarden

Agenda zitting 1

- Kennismaking (eventueel mp3-speler of cassette recorder aanzetten)
- Doel gesprek
- Vaststellen agenda
- Samenvatting intake en aanvullende informatie
- Doelen therapie en invullen therapiecontract
- Uitleg opzet gehele behandeling
- Korte introductie formulier Activiteitenregistratie
- Huiswerk
- Nabespreking

ALGEMEEN

Het primaire doel van de eerste twee zittingen is het bereiken van overeenstemming over de behandeling van de depressie. Hiervoor is het van belang dat de cliënt zich gehoord en begrepen voelt, maar ook dat de cliënt het idee heeft dat de behandeling aansluit bij zijn klachten. Daartoe inventariseert u de klachten en de gebeurtenissen die hebben bijgedragen tot de klachten. Bij het samenvatten van de klachten legt u de nadruk op het verminderen/aanpassen van het activiteitsniveau, de depressieve cognities en de sombere stemming. Vervolgens legt u de verschillende onderdelen van de behandeling uit. Het aanhouden van onderstaande volgorde is aan te bevelen.

Het bespreken van de randvoorwaarden neemt één zitting in beslag. Het doel van deze zitting is kennismaken, contact maken en informeren. Hierin bent u als therapeut actief, structurerend, samenvattend en informerend. Indien haalbaar verdient het de voorkeur ook het therapiecontract te ondertekenen.

Vanaf het eerste contact met de cliënt maakt u gebruik van een agenda

die op het bord wordt uitgeschreven. De zittingen worden opgenomen op een mp3-speler, cassettebandje of andere geluidsdrager om in supervisie enig zicht te houden op de mate waarin het u gelukt is zich redelijkerwijs aan de handleiding te houden. In het therapiecontract wordt gebruik van de geluidsoptname vermeld. Indien van toepassing zult u af en toe informeren naar het nakomen van de medicatiecontacten van cliënt.

BELOOP

Kennismaking en uitleg doel gesprek

Voorbeeld

Ik ben ... en werk hier als ... Er is met u na de intake afgesproken dat u cognitieve gedragstherapie krijgt aangeboden voor uw klachten. Ik zal u nog uitleggen wat dit precies inhoudt, maar eerst wil ik met u kennismaken en doornemen wat uw klachten precies zijn en wat u wilt bereiken met de therapie. Daarna zal ik u vertellen hoe de therapie eruit gaat zien: wat er van u verwacht zal gaan worden en wat u van mij als uw therapeut kunt verwachten. Als we daarover overeenstemming kunnen bereiken zal de therapie starten. Hebt u vragen?

De tekst van de therapeut is in de 'u'-vorm. Uiteraard kunt u zelf inschatten of en wanneer er gevraagd kan worden elkaar te tutoyeren.

Vaststellen agenda

U legt uit dat u werkt met behulp van een agenda, en dat er aan het begin van iedere zitting een gezamenlijke agenda wordt opgesteld. Redenen: optimaal gebruiken van de 45 minuten en het is duidelijker wat er in de zitting aan bod zal komen.

Dit is ook het moment om cliënt het werkboek te overhandigen.

Vermeld bij het geven van het werkboek in ieder geval:

- dat van cliënt verwacht wordt dat hij dit iedere zitting bij zich heeft;
- er per zitting in beschreven staat wat er aan bod komt;
- het gebruikt kan worden om aantekeningen in te maken;
- er informatie en registratielijsten in zitten die gebruikt zullen worden.

Laten we de agenda maar meteen opstellen (u schrijft). Ik wil in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod laten komen ... Hebt u nog onderwerpen die we moeten bespreken?

Samenvatting intake en aanvullende informatie

Vervolgens geeft u een samenvatting van het intake- of het spreekuurverslag. Met name de probleemgebieden en de achtergrond daarvan zijn belangrijk. Bespreek dit aan de hand van de theorie van Beck, dus noem of vraag naar depressieve gedachten en de verminderde activiteit of afname van activiteiten waaraan men voldoening beleeft.

Voorbeeld

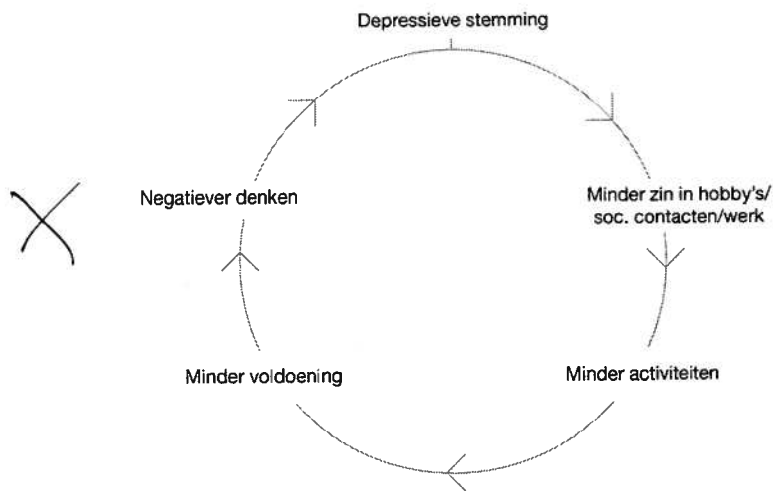
Ik heb gelezen dat u al sinds twee maanden depressief bent, dat u niet meer kunt genieten van de dingen waarvan u vroeger wel kon genieten. U voelt zich het grootste deel van de dag somber, en dat wordt steeds erger. U hebt moeite met uw concentratie en kan daardoor moeilijker werken. U loopt alweer drie weken in de ziektewet. U ging minder doen en voelde zich daar nog slechter door. U zei ook dat u vond dat er niets meer uit uw handen kwam. En ik heb begrepen dat deze klachten ontstaan zijn na een moeilijke periode waarin uw relatie op de klippen is gelopen. Klopt dit?

Clïënt krijgt dan de mogelijkheid om aanvullende informatie te geven met betrekking tot de klacht, de achtergrond en het beloop. Ook kunt u nog aanvullende informatie vragen met betrekking tot de diagnostiek. Vervolgens vat u met behulp van de aanvullende informatie het voorgaande samen aan de hand van de volgende vicieuze cirkel.

Doelen therapie en invullen therapiecontract

Na de samenvatting van de intake gaat u in op wat de cliënt wil bereiken met de therapie. Vaak zullen cliënten deze vraag beantwoorden in termen van 'minder last van mijn klachten hebben'. U reageert natuurlijk positief op dit voor de hand liggende doel, maar vraagt verder om de doelstellingen concreter te maken. U zou kunnen vragen: *Als u een beeld (of plaatje) van uzelf zou maken, hoe u zou willen dat het met u over drie maanden (na afloop van de therapie) gaat, hoe zou dat plaatje er dan uit zien?*

Let op: soms hebben cliënten doelen in termen van 'gelukkig zijn' of 'nooit meer somber voelen'. Het past hier dan om cliënt uit te leggen



Figuur 1 Depressie-activiteitencirkel

dat vervelende gevoelens als verdriet en wat gedeprimeerd zijn bij het leven horen, dat het normale reacties zijn op vervelende gebeurtenissen. Het doel van de therapie is om 'belemmerende gevoelens' te veranderen in 'normale' vervelende gevoelens. Of 'leren omgaan met negatieve en stressvolle gebeurtenissen'.

Voorbeeld

Therapeut: Wat zou u willen bereiken met deze therapie?

Cliënt: Ik zou minder somber willen zijn.

Therapeut: Oke, en wat zou er dan anders zijn in uw leven?

Cliënt: Hoe bedoelt u?

Therapeut: Nou, als u minder somber zou zijn, zou u dan dingen anders doen?

Cliënt: Ja, dan zou ik in ieder geval gewoon kunnen lunchen met mijn collega's.

Therapeut: Wat zou u nog meer willen kunnen?

Vragen die helpen om de cliënt positieve doelen te laten formuleren zijn bijvoorbeeld: *Wat zou u wel willen? Als u geen last hebt van uw klachten, hoe zou uw leven er dan uitzien? Wat zou u anders doen? In hoeverre doet u dit al een beetje?*

Indien er nog tijd over is vult u samen met de cliënt het therapiecontract in. Wanneer er geen tijd is, verwijst u cliënt naar het werkboek (zitting 2) om het contract voor de volgende keer door te nemen en eventueel in te vullen.

Uitleg opzet gehele behandeling

Uitleg over de opzet van de behandeling is in de eerste zittingen van belang om de cliënt te motiveren voor deze behandeling. Soms ervaren cliënten weerstand bij het eerste onderdeel van de behandeling (verhogen van activiteitsniveau). Men voelt zich veelal lusteloos en zal in eerste instantie vaak weinig voelen voor het verhogen van het activiteitsniveau.

Door het nut van activering en de opbouw van de behandeling als geheel duidelijk te maken, kan dit vaak worden weggenomen. *zie figuur 1.*

- Fase 1: Activiteitsniveau verhogen/veranderen
- Fase 2: Cognitieve therapie: onderkennen van problematische cognities
- Fase 3: Cognitieve therapie: verandering van cognities en consolidatie van het geleerde

1. De eerste fase bestaat uit het verhogen/veranderen van het activiteitsniveau van cliënt.

Belangrijk is dat cliënt meer dingen gaat doen waar hij potentieel voldoening uithaalt. Het is bekend dat dit positief bijdraagt aan de stemming. Deze fase kan, indien nodig, ook gebruikt worden om ongezonde leefwijzen (zoals onregelmatig eten, omgekeerd dag-en-nachtritme, e.d.) onder de loep te nemen en waar mogelijk te veranderen. Het doel is een regelmatiger en stabiel leefpatroon en een betere stemming tot stand te brengen. Wanneer hiermee een begin gemaakt is, zullen de volgende fasen in de behandeling beter aanslaan.

2. De volgende fase is de start met de cognitieve therapie: het onderkennen van problematische cognities. Er zal expliciet worden ingegaan op hoe gedachten het gevoel kunnen beïnvloeden. Met behulp van het bijhouden van 'gedachtedagboeken' zal uitgezocht worden hoe in bepaalde situaties negatieve automatische gedachten of leefregels van invloed zijn op de depressieve stemming.

3. De derde en laatste fase houdt in dat cliënt leert om zelf meer vat te krijgen op zijn gevoelens. Het is de bedoeling dat de cliënt, na een

proces van uitdagen, negatieve denkpatronen zal kunnen veranderen met een positief effect op zijn gevoel als gevolg. Cliënt gaat in de praktijk oefenen met nieuw gedrag, ondersteund door gedragsexperimenten en/of aanvullende cognitieve uitdaagtechnieken. Over de praktische kant van de therapie kunt u cliënt het volgende uitleggen.

Voorbeeld

Oké, we hebben afgesproken waar we aan zullen gaan werken tijdens deze therapie, en wat uw doelstellingen zijn. Ik zal u vertellen hoe de therapie er ongeveer uit gaat zien. Deze therapie heet cognitieve gedragstherapie. We richten ons in deze therapie vooral op uw gedachten (cognitief staat voor alles wat er zich in uw hoofd afspeelt), die een rol spelen bij uw klachten. Uit onderzoek blijkt dat uw klachten positief te beïnvloeden zijn door middel van deze therapievorm. Het is een actieve vorm van therapie. Dit houdt in dat u niet alleen tijdens de gesprekken met mij bezig bent met therapie, maar ook in de tijd tussen de gesprekken in. We zullen gezamenlijk oefeningen en opdrachten bedenken die u in de tijd tot het volgende gesprek kunt uitvoeren. U krijgt van mij een werkboek en ik zou u willen vragen dat mee te nemen naar de therapie. Tijdens het gesprek kunt u dan voor u belangrijke zaken opschrijven. Bovendien kunt u daarin uw oefeningen voor de komende week bijhouden.

Zoals u weet bestaat de therapie uit zestien zittingen. Het is niet altijd zo dat de klachten dan volledig verdwenen zijn. Een belangrijk doel van mij is dan ook u te leren uw eigen therapeut te zijn. Dit betekent dat ik u technieken zal leren die u zelf kunt toepassen wanneer de zestien zittingen voorbij zijn.

Korte introductie formulier Activiteitenregistratie

In de volgende zittingen zal aandacht worden besteed aan het huidige activiteitsniveau van cliënt.

U vraagt cliënt zijn activiteiten én stemming bij te houden aan de hand van het activiteitenformulier. Deze opdracht dient de cliënt na de eerste zitting al te gaan uitvoeren. Wanneer er in de eerste zitting onvoldoende tijd is om uitleg te geven over het doel van de registratie van activiteiten, kan worden volstaan met onderstaande tekst. Uitgebreidere uitleg over de rationale van de activeringsfase komt dan in de volgende zitting aan bod.

Voorbeeld

We hebben gezien dat u steeds (meer) tegen activiteiten opziet. En dat u steeds minder plezierige activiteiten bent gaan ondernemen. Dit heeft negatieve gevolgen voor uw stemming. De komende zittingen gaan we ons richten op het doorbreken van dit patroon (zie cirkel inactiviteit en depressie). Ter voorbereiding hierop wil ik u vragen per dag bij te houden wat u allemaal doet en hoe u zich daarbij voelt (stemming). Hiervoor gebruiken we het formulier Activiteitenregistratie.

Huiswerk

- Doorlezen Informatiebrochure depressie
- Bijhouden activiteiten en stemming met behulp van het formulier Activiteitenregistratie
- Eventueel lezen en invullen therapiecontract

Zitting 2 – Planning activiteiten en stemmingsmeting

Agenda zitting 2

- Peilen stemming
- Samenvatting vorige zitting
- Therapiecontract
- Uitleg rationale van deze fase
- Bespreken registratie activiteiten en stemming
- Huiswerk
- Nabespreking

BELOOP

Samenvatting vorige zitting en informeren naar eventuele onduidelijkheden

De vorige keer hebben we besproken hoe uw depressie eruit ziet en hoe we dat gaan aanpakken. Hebt u er nog vragen of opmerkingen over?

Peilen stemming

U begint elke zitting met beknopt na te vragen hoe het nu met cliënt is. Dit is bedoeld om een eerste contact te maken en te bepalen hoe de stemming is. Daarnaast komt u erachter of er zich nog belangrijke veranderingen in de afgelopen week hebben voorgedaan. Het is van belang om dit kort te houden. Dit kan men doen door relevante zaken te parkeren voor later in de zitting of behandeling.

Therapiecontract

Wanneer dit nog niet gebeurd is, vult u samen het therapiecontract in. Aan het eind van deze zitting legt u uit wat cliënt kan verwachten van u en wat u verwacht van de cliënt. Afspraken over de zittingen worden samen overeengekomen.

Uitleg rationale van deze fase

Het doel van deze uitleg is om cliënt te motiveren voor (de opbouw) van deze behandeling. Het is belangrijk om duidelijk te maken wat het nut is van eerst aan de slag gaan met activiteiten en (pas) daarna ingaan op de (onderliggende) problematiek.

De rationale achter onderstaande depressie-activiteitencirkel is dat mensen met depressieve klachten minder (plezierige) activiteiten ondernemen. Het niet ondernemen van deze activiteiten leidt tot weinig voldoening. Het niet ervaren van voldoening, maakt de kans op de-

pressieve gedachten groter (enerzijds vanwege het niet uitvoeren van activiteiten, anderzijds omdat er meer tijd is om 'na te denken'). Deze depressieve gedachten leiden vervolgens tot depressieve gevoelens en deze gevoelens leiden weer tot lusteloosheid. Lusteloosheid zorgt vervolgens voor het (nog) minder ondernemen van activiteiten.

Voorbeeld

- Therapeut:** *In de komende twee à drie zittingen gaan we ons bezighouden met uw activiteiten, de dingen die u zoal doet op een dag. Daarom wil ik eerst stilstaan bij hoe het bij u is gegaan sinds u depressief bent. Kunt u eens voor uzelf nagaan wat het gevolg is van uw depressieve stemming op uw zin om uw hobby's uit te voeren, of op de zin om sociale contacten aan te gaan of op uw zin om aan het werk te gaan?*
(U schrijft op het bord 'depressieve stemming' met een pijltje naar beneden naar 'zin in hobby's/sociale contacten/werk'.)
- Cliënt:** *Dat is allemaal minder geworden.*
(U zet achter 'zin in hobby's/sociale contacten/werk' een pijltje naar beneden of 'minder'.)
- Therapeut:** *Bent u daardoor meer of minder dingen gaan ondernemen?*
(U zet onder 'zin in hobby's etc.' een pijltje naar beneden naar 'activiteiten'.)
- Cliënt:** *Ik probeer wel zo veel mogelijk te doen, maar eerst stel ik het uit. Alleen het meest noodzakelijke doe ik uiteindelijk nog. Al met al is het wel wat minder geworden.*
(U zet achter 'activiteiten' een pijltje naar beneden of 'minder'.)
- Therapeut:** *Als u minder doet/minder sociale contacten heeft/minder tijd en aandacht aan uw werk besteed, heeft dat ook effect op hoe voldaan u zich voelt?*
- Cliënt:** *Ja dat denk ik wel.*
(U zet onder 'activiteiten' een pijltje naar 'voldoening'.)
- Therapeut:** *Wat is het effect op de gevoelens van voldoening die u ervaart?*
- Cliënt:** *Ik voel me eigenlijk nooit meer voldaan.*

| | |
|------------|--|
| Therapeut: | (U zet achter 'voldoening' een 'min' of 'geen'.) Wat denkt u dat het gevolg daarvan is voor de manier waarop u over uzelf, anderen of de toekomst denkt? Wordt dat positiever/realistischer of negatiever/minder realistisch? |
| | (U zet onder voldoening een pijltje naar beneden naar 'denken'.) |
| Cliënt: | Ik denk erg negatief over mezelf. |
| | (Therapeut zet vóór 'denken' 'negatiever'.) |
| Therapeut: | En wat heeft dat voor gevolg voor uw stemming? |
| | (U wijst naar 'depressieve stemming'.) |
| Cliënt: | Dat maakt me alleen maar somberder. |
| | (U trekt de pijl van 'negatiever denken' naar 'depressieve stemming'.) |
| Therapeut: | Wat kunnen we hieruit concluderen? |
| Cliënt: | Ik zit gevangen in een cirkel. |

Het is bekend dat mensen met een depressie een hoge drempel ervaren om activiteiten te ondernemen (bijvoorbeeld door hun energieniveau of door de eisen die zij aan zichzelf stellen; zie hieronder bij valkuilen). Gebleken is echter dat wanneer mensen zich er toch toe zetten om hun activiteitenpatroon te vergroten, zij daar na verloop van tijd baat bij hebben. Het voordeel van het ondernemen van meer activiteiten is dat er op een concrete manier gewerkt wordt aan het verbeteren van de stemming.

Voorbeeld

Ik heb u gevraagd uw activiteiten en stemming bij te houden aan de hand van het formulier Activiteitenregistratie. Hoe is dat gegaan?

Bespreking registratie activiteiten en stemming

Bij de bespreking van de eerste registratie van activiteiten verschaffen u en cliënt zich een beeld van het activiteitsniveau, het soort activiteiten, de manier waarop cliënt tegen deze activiteiten aankijkt en welke invloed dat heeft op zijn stemming (let op: op de bank liggen is ook een activiteit). Wanneer er belangrijke cognities naar voren komen, dan schrijft u deze op en komt u erop terug in het onderdeel Cognitieve therapie later in de behandeling. Het is raadzaam om dit aan te kondigen bij cliënt.

De factoren waar u tijdens de bespreking op kunt letten zijn de volgende.

Ten aanzien van activiteiten

- Cliënt heeft een algemeen lager activiteitsniveau dan voor de depressie.
- Cliënt ontplooit geen plezierige activiteiten (d.w.z. activiteiten die cliënt voor zijn depressie plezierig vond).
- Cliënt lokt in sociale contacten geen of negatieve reacties uit (overweeg later een gedragsexperiment waarbij cliënt zich anders gedraagt).

Ten aanzien van disfunctionele cognities/waarneming

- Cliënt gaat ervan uit dat er geen verband of negatief verband is tussen activiteiten en stemming.
- Cliënt selecteert alleen de negatieve informatie uit zijn omgeving.
- Cliënt stelt te hoge (perfectionistische) eisen.
- Cliënt interpreteert wat hem overkomt in termen van schuld en persoonlijk falen.

Depressieve cliënten trekken zich terug uit (sociale) activiteiten. Het gevolg is dat de kans op positieve ervaringen afneemt, hetgeen de depressieve gevoelens bestendigt of verergert. Het doel van deze fase is dat die negatieve spiraal doorbroken wordt.

Het is van belang te begrijpen waarom cliënt zich terugtrekt. Aannames van cliënt over zijn activiteiten en de gevolgen hiervan kunnen dan alvast in kaart worden gebracht. U gaat ervan uit dat cliënt minder (of geen) activiteiten uitvoert, omdat cliënt hier meer voordelen in ziet (minder moe, minder verwachte kritiek van anderen, rust). U toont begrip, maar motiveert cliënt toch meer te ondernemen. Richtsnoer daarbij is de volgende veel voorkomende valkuilen te bespreken (wanneer cliënt deze te berde brengt):

Valkuil 1: *Ik ga pas iets doen wanneer ik er de zin of energie voor heb.* Dit is een belangrijke valkuil omdat veel mensen die zich depressief voelen hiermee hun mogelijkheden om eruit te komen beperken. Vaak hanteren mensen de stelregel dat energie en motivatie tot actie leiden. Meestal is het echter andersom, actie leidt tot meer energie en meer motivatie. Zeker voor mensen die depressief zijn.

Valkuil 2: *Ik doe pas iets wanneer ik zeker weet dat ik het goed doe.* Deze perfectionistische houding zorgt ervoor dat de drempel voor een

bepaalde activiteit onnodig hoog wordt. Wanneer mensen zichzelf niet toestaan fouten te maken, komen ze moeilijker in beweging. Omzeil deze valkuil door de doelen lager te stellen. Kan cliënt niet langer dat tien minuten lezen, laat hem dan tien minuten lezen.

Valkuil 3: *Wat ik ook doe, het heeft geen invloed op mijn stemming.*

Dit is waarschijnlijk een overdrijving, die de stemming van de cliënt nodeloos verslechtert. Loop met de cliënt het formulier langs op zoek naar momenten dat de stemming een hoger cijfer kreeg. Benoem wat er op dat moment gebeurde en ga na of dit de oorzaak was van de verhoging van de stemming. Indien de cliënt nee antwoordt, vraag dan wat maakte dat de stemming niet een punt lager was.

Vraag cliënt een korte mondelinge samenvatting te geven van deze zitting. U noemt nog eens de huiswerkpunten en geeft, indien gewenst, een kopie van het therapiecontract mee.

Huiswerk

- Doorlezen en eventueel bijstellen therapiecontract
- Doorlezen informatie Plannen van activiteiten
- Invullen van de Activiteitenplanner. Bespreek kort hoe dit formulier ingevuld moet worden. Dit kan door gezamenlijk een dag uit het leven van cliënt langs te lopen en in te vullen. Vraag cliënt ook om de stemmingsscore aan het eind van ieder dagdeel in te vullen. Mensen die depressief zijn hebben de neiging achteraf vervelende gevoelens en gebeurtenissen uit te vergroten.
- Vraag ook of cliënt vijftien activiteiten (plezierige/dagelijkse) voor de volgende week wil opschrijven. Het gaat om kleine dagelijkse activiteiten die voor cliënt plezierig of in potentie plezierig zijn, omdat hij er voor de depressie plezier aan beleefde. Het doel is om de volgende zitting plezierige activiteiten in te plannen.

Zitting 3 – Planning activiteiten en registratie

Agenda zitting 3

- Peilen stemming
- Bespreken registratie Activiteitenplanner (huiswerk)
- Bespreken en plannen plezierige/dagelijkse activiteiten
- Huiswerk
- Nabespreking

BELOOP

Bespreking registratie Activiteitenplanner

Besprek samen de registratie. Omdat niet alle dagen besproken kunnen worden, selecteert u met cliënt een 'goede' en een 'slechte' dag. Eerst vraagt u hoe het is gegaan. Of cliënt iets is opgevallen tijdens de registratie. Vervolgens kunt u samen de geformuleerde cognities bespreken aan de hand van de activiteiten. U maakt hiervan een notitie om er eventueel in het onderdeel Cognitieve therapie op terug te komen. U houdt het voor deze fase bij een constatering en eventueel korte bespreking op socratische wijze.

Voorbeeld

- Ten aanzien van perfectionisme:

Dus u vindt dat u alles perfect moet doen? Welke invloed had die gedachte op uw stemming?

- Ten aanzien van activiteiten en stemming:

U zegt dat u eerst uw huishouden af moet hebben voordat u iets leuks mag doen. Waar heeft u zich goed over gevoeld? Waar had dat mee te maken? Zou u dat vaker kunnen doen? Wat is er voor nodig om het wel te doen?

- Ten aanzien van een negatief zelfbeeld:

U heeft het idee dat u niets kunt, klopt dat? Wat is het effect van die denkwijze?

U noemt hier belangrijke gedachten die u mogelijk depressief maken en houden. In een later stadium van deze behandeling zullen we hier nog op terug komen.

Bespreken potentieel plezierige/dagelijkse activiteiten

Besprek samen de lijst met activiteiten die cliënt heeft opgeschreven. Ga zorgvuldig na of er activiteiten bij zijn waarbij cliënt de grootste kans loopt op voldoening tijdens of na het uitvoeren van de activiteit. Het is de bedoeling aan te sluiten bij wat cliënt aankan. Vraag ook hoe cliënt de kans inschat dat die activiteit ook daadwerkelijk uitgevoerd kan worden.

U kunt bij gebrek aan activiteiten ook activiteiten voorleggen die cliënt mogelijk als plezierig zou kunnen ervaren.

Het belangrijkste doel is: toename van potentieel plezierige activiteiten. Dit betekent dat cliënt niet meteen een toename van een goede stemming moet verwachten. Benadruk dat dit een te hoge verwachting is.

Huiswerk

- Potentieel plezierige/dagelijkse activiteiten plannen
- Activiteitenplanner bijhouden

Zitting 4 – Planning activiteiten, registratie en leefstijl

Agenda zitting 4

- Peilen stemming
- Bespreken Activiteitenplanner (huiswerk)
- Bespreken leefstijl
- ‘Afsluiten’ fase 1: Activiteitenplanner
- Volgende keer evaluatie in verband met gesprek 5
- Huiswerk
- Nabespreking

BELOOP

Bespreken activiteitenplanner (vervolg)

Bespreek met cliënt de activiteiten van de afgelopen week. Bekijk of de rationale van deze fase (meer/plezierige activiteiten → betere stemming) hier opgaat. Doe dat weer met behulp van socratisch vragen. Bekijk of er nieuwe plezierige activiteiten ingepland kunnen worden. Cliënt wordt natuurlijk bekrachtigd bij successen en elke inspanning.

Bespreken leefstijl

Het maken van een dagschema betekent niet dat een dag een aanschakeling van activiteiten moet zijn. Een paar kleine taken op een dag zorgen al voor structuur. Het effect van deze manier van structureren wordt nog groter als u cliënt vraagt aan vier belangrijke zaken aandacht te besteden bij het plannen:

- 1 gezond slapen door het inbouwen van slaaphygiëne;
- 2 meer bewegen;
- 3 ontspannen op momenten die moeilijk voor hem zijn;
- 4 gezonde voeding.

NB Afhankelijk van de situatie van cliënt (te beoordelen aan de hand van informatie uit de intake of de behandelgesprekken) kan besloten worden in meer of mindere mate stil te staan bij de leefstijladviezen. Over het algemeen zal kunnen worden volstaan met de opdracht aan cliënt de informatie door te lezen. U kunt uitleggen dat het doel is een regelmatig en stabiel leefpatroon te krijgen. Dit zal ertoe leiden dat de volgende fasen in de behandeling beter zullen aanslaan.

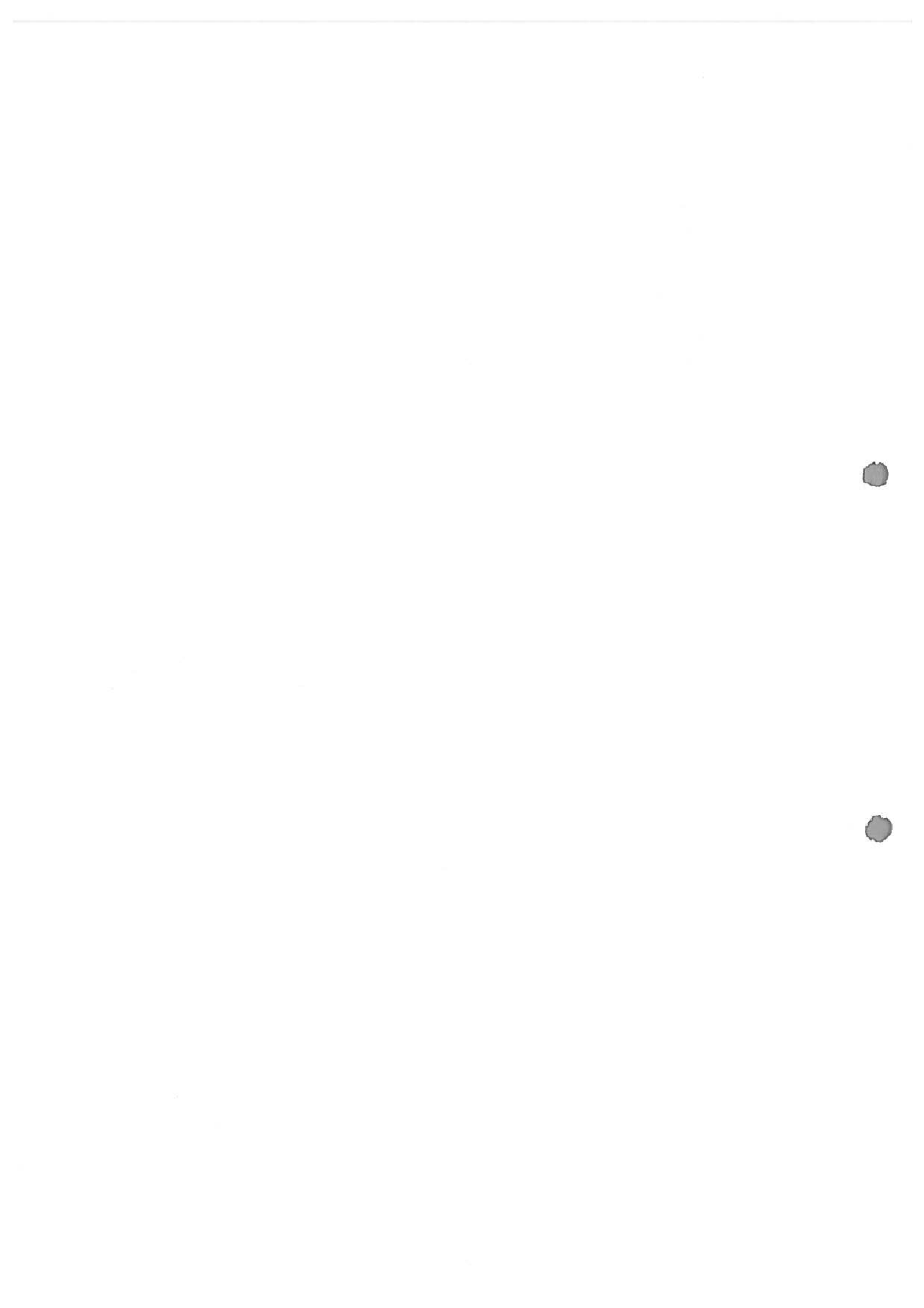
‘Afsluiten’ fase 1: Activiteitenplanner

Aan het eind van deze zitting is het van belang dat cliënt beseft dat er wordt verwacht dat hij doorgaat met het plannen van activiteiten. Maak cliënt duidelijk dat in de volgende zittingen de negatieve ge-

dachten onderwerp van gesprek worden, maar dat dat niet betekent dat het plannen van activiteiten niet meer belangrijk is.

Huiswerk

- Activiteitenplanner bijhouden
- Lezen *Leefstijladviezen*
- U maakt cliënt erop attent dat volgende keer een korte evaluatie plaatsvindt van de afgelopen zittingen



Fase 2: Cognitieve therapie: onderkennen van problematische cognities

(zitting 5 t/m 7)

Zitting 5 – Introductie cognitieve therapie

Agenda zitting 5

- Peilen stemming
- Evaluatie in verband met gesprek 5
- Huiswerk bespreken (kort)
- Begin fase 2 - Uitleg rationale cognitieve therapie
- Uitleg aan de hand van een recente emotionele episode
- Uitleg gedachtereregistratie
- Huiswerk
- Nabespreking

ALGEMEEN

Begin na het peilen van de stemming met een korte evaluatie van de afgelopen zittingen.

Het doel van de volgende drie zittingen is cliënt kennis te laten maken met het cognitieve model. Dit betekent dat cliënt leert zijn klachten te zien niet als een gevolg van de gebeurtenissen die hem overkomen, maar als een gevolg van de manier waarop hij die gebeurtenissen waarneemt en interpreteert. Gevoelens zijn hierbij het aangrijppunt. U bespreekt eerst de rationale van deze fase in het algemeen. Vervolgens doet u dit opnieuw, maar dan aan de hand van een recente emotionele episode van cliënt.

U dient beiden gespits te zijn op variaties in de emotie en op zoek te gaan naar irrationele of disfunctionele gedachten die hieraan ten grondslag liggen. U hebt hierbij steeds het doel van deze fase in uw achterhoofd: verschuiving van de focus van cliënt van extern (het zijn de gebeurtenissen) naar intern (het zijn mijn gedachten). Ook gevoelens die zich tijdens de zitting voordoen kunnen hiervoor worden gebruikt.

Deze zittingen worden afgesloten nadat een duidelijk beeld is verkre-

gen van typerende cognities (zie voor voorbeelden de bijlage) in relatie tot de klacht.

BELOOP

Zoals bij het begin van iedere zitting stelt u samen een agenda op. U verwijst naar de vorige zitting en informeert of er vragen zijn. Zo nodig worden de vragen in de agenda opgenomen. Als de vragen zijn beantwoord, kunt u beginnen met de uitleg van de rationale. Het belangrijkste is dat de volgende boodschap duidelijk is: emotionele en gedragsmatige reacties variëren door de manier waarop een gebeurtenis wordt waargenomen.

Uitleg rationale

Voorbeeld

Oké, ik ga u uitleggen wat cognitieve therapie precies inhoudt. Cognitie is een moeilijk woord voor 'gedachte', dus eigenlijk gaan we 'gedachten'-therapie doen. Het uitgangspunt is dat onze gedachten (ideeën, aannames, leefregels of denkbeelden over onszelf, onze omgeving en toekomst) onze gevoelens en gedrag in belangrijke mate beïnvloeden. Meestal zijn we ons niet zo bewust van wat we denken, en welke invloed dat heeft op hoe we ons voelen en gedragen. Het denken gaat vaak automatisch en onbewust. In deze therapie gaan we daarom eerst op zoek naar de denkpatronen die uw klachten veroorzaken. Vervolgens gaan we proberen uw denkpatronen te veranderen. Ik zal u later in de therapie manieren leren om dat te doen. Maar eerst terug naar het uitgangspunt van de therapie dat gedachten (vaak onbewust) uw gevoelens en gedrag beïnvloeden. Ik zal dat uitleggen aan de hand van een voorbeeld (Albersnagel e.a., 1998).

Schrijf eerst het theoretische model op het bord (situatie → gedachten → gevoel → gedrag).

Voorbeeld

Therapeut: Stel, een vrouw ligt in bed te slapen. Opeens wordt zij wakker van lawaai. En stel nou dat zij denkt: 'Er is een inbreker in huis!' Hoe zou zij zich voelen?

Cliënt: Nou, ik denk erg angstig en gespannen.

Therapeut: Hebt u ook een idee wat zij zou gaan doen?

Cliënt: Nou, ik zou in deze situatie niets doen omdat ik veel te bang zou zijn dat de inbreker ook daadwerkelijk naar boven zou komen. Misschien zou ik wel nog heel voorzichtig het alarmnummer van de politie durven draaien.

Therapeut: Oké, stel u nu dezelfde situatie voor: een vrouw wordt wakker van een hard geluid en denkt vervolgens: 'Die vervelende kat ook! Is het weer zover dat ze een vaas omstoot.' Hoe zou zij zich voelen?

Cliënt: Misschien wel boos of misschien maakt het haar niets uit.

Therapeut: Wat denkt u dat zij zou gaan doen?

Cliënt: De troep opruimen of weer gaan slapen.

Therapeut: Dit is dus eigenlijk dezelfde situatie waarbij verschillende dingen gedacht worden. De ene vrouw denkt 'een inbreker', en wordt erg angstig. De andere vrouw denkt 'het is de kat', en gaat de boel opruimen of gaat weer slapen. Wat zegt dit voorbeeld u?

Na dit voorbeeld vraagt u naar een persoonlijk voorbeeld van cliënt waarin gedachten een belangrijke rol speelden. Dit is doorgaans een recente emotionele ervaring, gerelateerd aan de klachten.

Schrijf dit voorbeeld op het bord (Wat was de situatie? Hoe voelde u zich? Wat ging er toen door u heen?) en ga met de cliënt na of de gedachten tot het onprettige gevoel leidden.

Formuleer vervolgens alternatieve gedachten (Wat zou u ook hebben kunnen denken?) en vraag hoe de cliënt zich zou voelen in de betreffende situatie als hij de alternatieve gedachten had gehad.

Verder wordt in deze fase van de behandeling met de cliënt besproken dat het denken op een automatische wijze gebeurt.

Voorbeeld

In de loop van de tijd is het een gewoonte geworden om bepaalde gedachten te hebben in verschillende situaties. Bij gewoonten is het zo dat je er niet bij stilstaat dat je ze hebt. Zo is het ook bij deze manier van denken; het is een gewoonte geworden die je niet meer opmerkt. Daardoor lijkt het vaak zo dat bepaalde situaties direct leiden tot wat je doet, terwijl er in feite nog een tussenschakel is, namelijk de automatische gedachten.

Als cliënt de boodschap begrijpt en een samenvatting van het voorafgaande weet te geven, gaat u over tot het introduceren van het 'gedachedagboek'.

Voorbeeld

In deze therapie gaan we gebruikmaken van het Gedachedagboek (zie formulier in werkboek waarin onderscheid wordt gemaakt tussen situatie, automatische gedachten, gevoel en gedrag). Het Gedachedagboek helpt ons bij het onderscheiden van gebeurtenissen, gedachten over die gebeurtenissen, en de emotionele en gedragsreacties.

Vervolgens nodigt u cliënt uit om het voorbeeld in het Gedachedagboek in te vullen: *Oké, laten we het zojuist genoemde voorbeeld eens in dit schema proberen te zetten.*

Wanneer het cliënt lukt dit zonder veel problemen te doen gaat u over tot het uitvragen van een recente emotionele episode.

Uitleg aan de hand van een recente emotionele episode

Voorbeeld

Laten we nu proberen iets wat u de afgelopen week hebt meegemaakt in het Gedachedagboek te zetten. Dat wil zeggen het uiteen te rafelen in aanleiding, gedachten en gevoelens. Heeft u de afgelopen week last gehad van (noem klacht van cliënt)? Wat gebeurde er precies?

U helpt cliënt hier onderscheid te maken tussen situatie, gedachten en gevoelens. Er zijn een aantal punten die in ieder geval aan bod moeten komen:

- **Situatie:** Beschrijf de situatie alsof u door een 'camera' waarneemt, de objectieve waarneming de gebeurtenis zonder de gedachten.
- **Gedachten:** Beschrijven van de gedachten. Wat gaat er door uw hoofd, wat denkt u? Gedachten in de vorm van vragen teruggeven aan cliënt. Als cliënt die vraag in die situatie zou moeten beantwoorden. Wat is dan het antwoord?
- **Gevoelens:** Emoties, gevoelens. Hoe voelt u zich? Zo nodig cliënt informeren over de vier basisemoties: boos, blij, bang en bedroefd.
- **Relatie gedachten-gevoelens:** Uitleggen dat er een relatie bestaat tussen bepaalde gedachten en bepaalde gevoelens/emoties.

- **Gedrag: Wat doet u? Beschrijf wat u doet als gevolg van gedachten en gevoelens.**

Controleer samen met cliënt of de gedachten de gevoelens verklaren.

Voorbeeld

Cliënt: Nou, gisteren was ik op een receptie. Ik kon er niet omheen, omdat het voor mijn werk was. Ik voelde me rot. Het gebeurde weer. Ik stond met een groepje collega's. Ze hadden het over 'Goede tijden, Slechte tijden'. Daar kijk ik nooit naar, dus ik stond er een beetje verloren bij. Ik dacht: 'Ik weet niets te zeggen, ze zullen me wel een saai piet vinden'. Ik voelde steeds meer de neiging om me terug te trekken en daar werd ik somber van.

Therapeut: Dat is een prima voorbeeld. Laten we beginnen bij de situatie. (U schrijft). Wat is hier de aanleiding (of gebeurtenis), dus in objectieve zin?

Cliënt: Nou, op de receptie bij mijn collega's staan. Ze spraken over 'Goede tijden, slechte tijden'.

Therapeut: Precies. Dat is de situatie, de beschrijving van de situatie alsof je hem door een camera ziet.

Therapeut: En wat waren uw gedachten, of anders gezegd: wat ging er door uw hoofd?

Cliënt: Dat ik niets weet te zeggen.

Therapeut: Juist, dat is wat u dacht. (U schrijft op) 'Ik weet niets te zeggen'. Nog andere gedachten?

Cliënt: Ja, dat ze me een saai piet vinden?

Therapeut: Oké, dus u dacht (U schrijft) 'ze vinden me een saai piet'. Nog meer?

Cliënt: Niet dat ik nu weet.

Therapeut: Goed. Misschien dat er meer gedachten waren, maar voor dit voorbeeld is het voldoende. Hoe voelde u zich?

Cliënt: Nou, geïsoleerd. En somber.

Therapeut: En wat deed u toen u zich zo somber voelde?

Cliënt: Ik was de hele tijd stil. Ik had de neiging om me terug te trekken.

Therapeut: Oké, het stil zijn en u terugtrekken zijn uw gedrag in deze situatie. Voor dit voorbeeld is dit voldoende.

Wanneer de situatie in kaart is gebracht, met situatie, gedachten, gevoel en gedrag, 'verkoopt' u weer het cognitieve model. U doet dit door een samenvatting te geven van de situatie, gedachten en het gevoel, met de nadruk op de gedachten en de gevolgen van de denkwijze. U gaat samen met cliënt na of de gedachten de gevoelens voldoende verklaren. U kunt ook vragen hoe het zou voelen als cliënt in die situatie anders had gedacht. Of naar hoe iemand anders in die situatie (receptie, gesprek over een onderwerp waar men geen affiniteit mee heeft) zou hebben kunnen denken en zich dus hebben kunnen voelen en gedragen.

U gaat in deze fase nog niet actief op zoek naar onderliggende overtuigingen of leefregels (bijv. 'als ik niets weet te zeggen, dan zullen ze me niet aardig meer vinden'). Deze overtuigingen of leefregels lijken in het bijzonder verantwoordelijk voor vervelende gevoelens. Later in de behandeling zal hier verder op worden ingegaan. De bedoeling van deze fase is dat het cognitieve model voor cliënt inzichtelijk wordt gemaakt. Het gaat niet altijd zo gemakkelijk als het in dit voorbeeld wordt beschreven. Cliënten kunnen 'cognitief vermijden'. Dat wil zeggen: uit schaamte of angst voor hun gevoelens zich niet goed meer kunnen herinneren wat de situatie precies was of wat men toen voelde. Een techniek om cliënt toch meer van de situatie te laten beleven is de visualisatieoefening. Vraag cliënt zijn ogen te sluiten en zich de situatie voor te stellen. U vraagt dan naar wat er precies gebeurde, naar de gevoelens en de cognities.

Huiswerk: gedachtereregistratie

- Lezen tekst Informatie cognitieve therapie en Cognitieve therapie deel 1
- Ten minste drie keer per week invullen Gedachtedagboek

Ik wil u vragen om de komende week ten minste drie keer het Gedachtedagboek in te vullen. De bedoeling hiervan is om u te helpen u meer bewust te worden van uw denkpatronen die uw klacht (depressieve gevoelens) veroorzaken. Zo kunnen we later in de therapie beter uw manier van denken proberen te beïnvloeden.

Iedere dag, wanneer u een verandering in uw stemming ervaart vraagt u zich af wat er door uw hoofd gaat aan gedachten. U noteert dan de situatie, uw gevoelens (en geeft de intensiteit van uw gevoelens een cijfer) en uw gedachten.

Zitting 6 – Registratie automatische gedachten

Agenda zitting 6

- Peilen stemming
- Samenvatting vorige zitting en leestekst *Cognitieve therapie*
- Bespreken registratieopdracht Gedachtedagboek (huiswerk)
- Samenvatten typerende cognities
- Huiswerk
- Nabespreking

ALGEMEEN

Na het vragen naar hoe het met cliënt is gegaan en het opstellen van de agenda, vraagt u of cliënt nog vragen heeft over de vorige zitting en over de leestekst. U vraagt of cliënt de rationale heeft begrepen en geeft zo nodig uitleg. Daarna wordt de registratieopdracht besproken. U schrijft mee op het bord.

Naar aanleiding van de registraties kunt u samen beginnen met het benoemen van typerende cognities.

BELOOP

Peilen stemming

U vraagt naar een kort verslag (een à twee zinnen) van de stemming van de afgelopen week. U legt uit dat in de bespreking van de registratie uitgebreider wordt stilgestaan bij hoe het is gegaan.

*Samenvatting vorige zitting en leestekst *Cognitieve therapie**

U vraagt of er naar aanleiding van de vorige zitting en de leestekst over cognitieve therapie nog vragen zijn. U vraagt ook of cliënt het uitgangspunt van de therapie heeft begrepen (de rationale). U legt deze zo nodig nog eens uit. U vat samen wat er verder die zitting is besproken en maakt een brug naar de registratieopdracht.

Bespreken registratieopdracht Gedachtedagboek

Het grootste deel van de zitting wordt hieraan besteed. U vraagt of de registratieopdracht is gelukt. Als cliënt niets heeft opgeschreven wordt aandacht besteed aan de reden. Is de opdracht niet goed uitgelegd? Is er sprake van angst voor beoordeling? U legt zo nodig uit wat de bedoeling is. Bij angst voor beoordeling benadrukt u dat het niet perfect hoeft en kan! U kunt de angst voor beoordeling als voorbeeld gebruiken in de verdere bespreking van de registratieopdracht (invul-

len van een Gedachtedagboek op het bord). U benadrukt dat het voor de therapie van groot belang is dat cliënt registreert.

Cliënt leest het Gedachtedagboek voor en u schrijft de gedachte op het bord. U bent belonend en gebruikt woorden als: prima gedaan, heel goed, uitstekend. U bespreekt de registratie aan de hand van de leestekst *Cognitieve therapie deel 1* (cameracontrole, etc.).

Vervolgens introduceert u het geloofwaardigheidspercentage. U vraagt: *Hoe geloofwaardig was deze gedachte in die situatie voor u? U kunt daar een cijfer aangeven van 0 tot 100%. Honderd procent betekent dat u er volledig van overtuigd was, nul procent betekent dat de gedachte volkomen ongeloofwaardig voor u was. Hoe geloofwaardiger een gedachte voor u is, des te meer impact die heeft op uw gevoelens. En hoe geloofwaardig is hij nu voor u?*

Belangrijke vragen in deze fase van de therapie zijn: *Wat voor een gevoel gaf deze gedachte u? Hoe overtuigd bent u van die gedachte in die situatie? Komt deze gedachte vaak voor? In wat voor situaties? Wat zijn verder de gevolgen van die gedachte?*

Samenvatten typerende cognities

Na de bespreking van de registratie vat u de typerende cognities in samenhang met gevoelens samen en vraagt u aan cliënt of u dit goed hebt begrepen.

Voorbeeld 1

Als in groepen van vier of meer mensen de aandacht op u gericht wordt en u bloost, bent u ervan overtuigd dat iedereen het ziet. En u denkt dat iedereen u een belachelijk mens vindt. Als gevolg daarvan voelt u zich angstig en somber, en u leidt de aandacht snel van u af door iemand anders aan het woord te laten.

Voorbeeld 2

Als u een fout hebt gemaakt, of als u kritiek krijgt van uw collega of baas, dan denkt u dat u een mislukkeling bent en nooit iets goed doet. U voelt zich dan somber en down. Het gevolg is dat u probeert fouten te voorkomen door veel opnieuw te controleren .

Huiswerk: registratieopdracht

- De opdracht bestaat wederom uit het ten minste drie keer bijhouden van het Gedachtedagboek. Hierbij nu ook de geloofwaardigheid van cognities registreren

Zitting 7 – Registratie automatische gedachten en leefregels

Agenda zitting 7

- Peilen stemming
- Samenvatting vorige zitting
- Bespreken registratieopdracht (huiswerk)
- Start benoemen van leefregels
- Identificeren leefregels
- Afsluiten fase 2 en aankondigen fase 3
- Huiswerk
- Nabespreking

ALGEMEEN

In deze zitting wordt een start gemaakt met het benoemen van mogelijke leefregels die de waarneming en gedachtegang van cliënt bepalen. Aan de hand van het ingebrachte materiaal in combinatie met de levensgeschiedenis van cliënt kunt u zich van tevoren alvast een beeld vormen van de mogelijke leefregels.

Het kan zijn dat er bepaalde thema's steeds in de rapportage van cliënt terugkomen, bijvoorbeeld gedachten met betrekking tot:

- hoge eisen (ik moet alles perfect doen);
- minderwaardigheid (fundamenteel niet goed zijn, niet geliefd zijn, afgewezen worden);
- frustratietolerantie (iets verschrikkelijk vinden, niet aankunnen).

Of een combinatie hiervan.

Leefregels zijn aannames over jezelf (ik ben minderwaardig, ik ben een mislukkeling, ik ben kwetsbaar, ik kan niets zonder de ander), de toekomst (ik zal eenzaam eindigen) en de wereld (ik beteken niets voor mensen, ze zijn me liever kwijt dan rijk, mensen zijn gevaarlijk, de wereld is een gevaarlijke plek). Deze leefregels 'sturen' de waarneming en gedachtepatronen. Ze vinden hun oorsprong in de jeugd. Het gezamenlijk benoemen van een leefregel en het verband leggen met thema's of gebeurtenissen in de jeugd kan cliënten veel inzicht verschaffen.

In de literatuur worden in plaats van 'leefregels' ook andere termen gebruikt, zoals kerngedachten of assumpties. Ook worden er verschillende niveaus van leefregels beschreven (conditionele, instrumentele assumpties, kerngedachten). In deze handleiding onder-

scheiden we leefregels niet nader. We benaderen leefregels hetzelfde als automatische gedachten. Ze moeten ook met dezelfde techniek aangepakt worden (afstand nemen, bevragen en alternatieve regels bedenken). Het belangrijkste onderscheid tussen een automatische gedachte en een leefregel is dat een leefregel een algemene uitspraak is die in veel verschillende situaties kan gelden. Ze zijn vaak moeilijker te veranderen, mede door het feit dat een cliënt ze moeilijker kan loslaten. Leefregels ordenen immers de waarneming van de wereld, en hoe negatief de gevolgen ook zijn, ze verschaffen een basisveiligheid. Zie voor typerende cognities bij depressie de bijlage achter in dit boek.

BELOOP

Start benoemen van leefregels

Voorbeeld

Uw gedachten zijn er niet zomaar. Ze komen voort uit wat we 'leefregels' noemen. Ieder mens ontwikkelt leefregels. Het zijn algemene ideeën over uzelf, de wereld en uw toekomst. Leefregels geven houvast, omdat ze ons leven en de wereld helpen ordenen. Vaak merken we niet eens meer dat leefregels ons gedrag sturen. U weet bijvoorbeeld dat een hete kachel pijn doet als u hem aanraakt, u hebt dus ooit in uw leven met uzelf 'afgesproken' dat je hete kachels beter niet met je blote handen kunt aanraken. Deze 'leefregel' leerde u waarschijnlijk op het moment dat u als kind in een onbewaakt ogenblik een hete kachel aanraakte of op het moment dat uw ouders u met kracht waarschuwden voor een brandende kachel. Tegenwoordig denkt u er niet meer bij na als u in de buurt van een heet voorwerp komt, u raakt het gewoon niet meer aan. Uw gedrag wordt dus gestuurd door een regel (vuur doet pijn als je het aanraakt), zonder dat u zich nog bewust bent van die regel. Zo zijn er talloze leefregels die je, bewust of onbewust, sturen. En dat is maar goed ook. Maar sommige leefregels werken tegen. Ze zorgen ervoor dat je bijvoorbeeld op jezelf neerkijkt of heel somber wordt. Daarom wil ik samen met u gaan kijken welke leefregels bij u een rol spelen in uw klachten.

Identificeren leefregels

Er zijn verschillende manieren om leefregels bij cliënten te achterhalen:

- er gewoon naar vragen;
- een regel voorleggen en vragen of cliënt zich hierin herkent;
- de verticale pijltechniek (automatische gedachte als uitgangspunt en dan steeds vragen wat het zou betekenen als die gedachte waar zou

zijn of wat maakt dat de cliënt het zo verschrikkelijk vindt; zie ook het voorbeeld in de leestekst bij *Cognitieve therapie deel 2* in het *Werkboek* (huiswerk).

- terugkomende thema's in de registratie.

Aan het eind van deze zitting wordt deze fase afgesloten.

Afsluiten fase 2 en aankondigen fase 3

Nadat een samenvatting is gegeven (of aan cliënt een samenvatting is gevraagd) van typerende situaties, cognities/leefregels en gevoelens, wordt de volgende fase aangekondigd. Deze fase was bedoeld om cliënt meer inzicht te geven in het cognitieve model en typerende cognities. De volgende fase is veranderingsgericht. Dat wil zeggen: gericht op het veranderen van negatieve gedachten en het aanleren van de uitdaagtechnieken.

Voorbeeld

We zijn de afgelopen zittingen bezig geweest met het in kaart brengen van uw negatieve denkpatronen en de gevolgen voor uw gevoelens en gedrag. De rest van de therapie gaan we ons bezighouden met het veranderen van die denkpatronen, met als doel het verbeteren van uw klachten. Ik zal u daar de volgende zitting meer over vertellen. Voor de volgende keer wil ik u vragen de registratie weer bij te houden. We kunnen die dan de volgende keer gebruiken als startpunt voor het veranderen van uw gedachten.

Huiswerk

- Lezen leestekst *Cognitieve therapie deel 2* - leefregels en oefenen hiervan.
- Bijhouden Gedachtedagboek, ten minste drie keer registratie NB U herinnert cliënt aan het belang van het plannen van (plezierige) activiteiten.

Fase 3: Verandering van cognities en consolidatie

(Basis, 3 zittingen; Gedragsexperimenten, 2 zittingen; Aanvullende uitdaagtechnieken, 3 zittingen; Afsluiting)

Zitting 8 – Introductie uitdagen cognities

Agenda zitting 8

- Peilen stemming
- Bespreken huiswerk met betrekking tot registratie en leefregels
- Introductie uitdagen aan de hand van kenmerken van rationele gedachten
- Uitdagen aan de hand van registratie
- Huiswerk
- Nabespreking

ALGEMEEN

Net als in de voorgaande zittingen maakt u gebruik van een agenda. Het verschil is nu dat u cliënt meer actief gaat betrekken in het vaststellen daarvan. De bedoeling is dat cliënt steeds meer verantwoordelijkheid krijgt en neemt ter bevordering van zijn autonomie. In de vorige zittingen heeft u waarschijnlijk steeds een samenvatting gegeven van de besproken onderwerpen. In deze fase geeft u deze taak meer aan cliënt.

In deze zitting wordt het 'uitdagen' geïntroduceerd. In de volgende zitting komen de denkfouten aan de orde als een aanvullende manier om irrationele gedachten uit te dagen.

BELOOP

Introductie uitdagen aan de hand van kenmerken van rationele gedachten

Voorbeeld

We hebben de afgelopen zittingen gewerkt met het Gedachtedagboek, en we hebben gezien dat uw denkwijze uw negatieve gevoelens veroorzaakt of verergert. We starten vandaag met wat we noemen het 'uitdagen' van

negatieve gedachten. Uitdagen betekent in dit verband 'je gedachten bevragen' of 'kritisch bekijken'. Meestal accepteren we onze negatieve gedachten klakkeloos, ook omdat we ons niet eens bewust zijn van wat we denken. Dat wil zeggen, we staan er niet bij stil dat ze wel eens niet kunnen kloppen. We gaan dit de komende weken juist wel doen. We gaan vraagtekens zetten bij uw negatieve of irrationele gedachten.

Goede vragen zijn het meest krachtige wapen tegen negatieve gedachten. Ze doorbreken het automatische denkpatroon. Ze kunnen de negatieve gedachten, waar u eerst zo overtuigd van was, onderuithalen. Dit heeft dan een positief effect op uw gevoel.

We breiden daarom ons Gedachtedagboek uit met het kopje 'kritische vragen'.

Er zijn twee basisvragen die we gaan gebruiken bij het beoordelen van uw gedachten. (U schrijft op het bord)

De twee vragen zijn:

- Is de gedachte waar?
- Helpt deze gedachte mij mijn doel te bereiken?

U legt vervolgens aan de hand van de twee vragen het onderscheid tussen 'rationele' en 'irrationele' gedachten uit. Een irrationele gedachte is strikt genomen die gedachte die niet aan een van de twee kenmerken (of vragen) voldoet. Een rationele gedachte is een gedachte die dus: waar is én doelen helpt te bereiken. Het doel van het uitdagen is om te komen tot een herformulering van de irrationele gedachte, zodanig dat het een redelijk geloofwaardige, helpende of rationele gedachte is.

Het is niet de bedoeling cliënt een rationele gedachte te laten formuleren die voor cliënt niet geloofwaardig is, met het argument dat die gedachte vanzelf geloofwaardig wordt als die maar veel herhaald wordt!

Het doel van het formuleren van een rationele gedachte is:

- het bereiken of benaderen van het gewenste gevoel;
- het bereiken of benaderen van de gewenste intensiteit van het gevoel;
- het bereiken of benaderen van het gewenste gedrag.

Voordat met uitdagen wordt begonnen, is het belangrijk dat het doel helder is voor de cliënt.

Uitdagen aan de hand van registratie

U vraagt aan cliënt om een situatie in te brengen die cliënt heeft geregistreerd. Het gaat er hierbij om cliënt de techniek van het uitdagen aan te leren. Dat betekent dat er in de zitting niet een volledige rationale analyse kan plaatsvinden. Selecteer een gedachte die disfunctioneel is (hoge geloofwaardigheid en leidend tot een belemmerende emotie, het liefst passend in de disfunctionele leefregels van de cliënt) en geef cliënt de tijd om over de vragen na te denken. Zowel u als cliënt schrijven samen tijdens het uitdagingproces. U op het bord, cliënt in het Werkboek.

Uitdaagstramien basis

Hoe geloofwaardig is de gedachte nu (van 0 tot 100%)?

Hoe voelt u zich door deze gedachte?

Hoe sterk is dit gevoel (van 0 tot 100%)?

Hoe zou u zich willen voelen? Hoe zou u zich willen gedragen?

- 1 *Helpt deze gedachte mij om mijn probleem op te lossen of mijn doel te bereiken?*
- 2 *Is deze gedachte waar/wat zijn de bewijzen voor deze gedachte? (Rechtbankmetafoor)*
- 3 *Vergeet ik niet naar de positieve kanten te kijken?*
- 4 *Wat zou een ander denken in mijn situatie?*

Wat vindt u nu van de automatische gedachte?

De automatische gedachte is dus onjuist of niet helpend, of beide. Formuleer een alternatieve rationale/helpende gedachte.

Samen formuleert u een helpende/rationale gedachte en u vraagt naar de geloofwaardigheid en het gevoel dat daaruit zou voortkomen.

Wat is de geloofwaardigheid van deze helpende/rationale gedachte?

Hoe zou u zich voelen als u deze gedachte dan had? Met andere woorden, wat is het gevolg van deze helpende/rationale gedachte?

Let op: een valkuil van het uitdagingproces is dat u en cliënt in een discussie of strijd verzeild raken over bijvoorbeeld de mate van (on)-

juistheid van de automatische gedachte. Het helpt wanneer je ruimte geeft aan argumenten/bewijzen vóór de negatieve gedachte en u een onderzoekende houding aanneemt.

U heeft alvast een helpende/rationele gedachte in uw achterhoofd geformuleerd. Dit helpt bij het bedenken van de vragen die cliënt kan gebruiken om uit te dagen.

U vraagt aan cliënt een samenvatting te geven van wat er in deze zitting is gedaan. Zo nodig vult u aan.

Huiswerk

- Lezen *Cognitieve therapie deel 3*
- Ten minste drie keer registratie van een volledige gedachte in het Gedachtedagboek, zoals dit in de zitting is geoefend.

Zitting 9 – Uitdagen cognities en introductie denkfouten

Agenda zitting 9

- Peilen stemming
- Korte evaluatie huiswerk
- Vervolg uitdagen aan de hand van registratie
- Uitleg over veel voorkomende 'denkfouten'
- Huiswerk
- Nabespreking

ALGEMEEN

In deze zitting wordt kort de voortgang van het zelfstandig uitdagen van gedachten besproken. Wat ging er goed en wat ging er minder goed? U geeft aan dat het leren uitdagen moeite kost en bij de meeste mensen niet in een keer lukt. U bent validerend over de vorderingen of inspanning van cliënt.

Het doel van deze zitting is wederom cliënt de techniek van het uitdagen te leren beheersen. Aan het eind van deze zitting worden de 'denkfouten' geïntroduceerd.

BELOOP

Vervolg uitdagen aan de hand van registratie

Ook hier volgt u het uitdaagstramien zoals in de achtste zitting.

Huiswerk

- Ten minste drie keer registratie van een volledige gedachte in het Gedachtedagboek, met name oefenen met uitdagen
- Lezen tekst *Denkfouten*
- Opdracht (top drie) bij *Denkfouten maken*

U maakt cliënt erop attent dat volgende keer een korte evaluatie plaatsvindt van de afgelopen zittingen.

We hebben de afgelopen zittingen gewerkt aan het toetsen/veranderen van uw negatieve gedachten die uw klachten veroorzaken. Dit hebben we gedaan met behulp van kritische vragen. Er is nog een aanvullende manier om uw negatieve gedachten die negatieve gevoelens veroorzaken of verergeren te onderzoeken. Namelijk met behulp van 'denkfouten'. In het Werkboek staat een lijstje met veel voorkomende 'denkfouten'. Zou u de komende week

deze lijst willen doornemen en de opdracht die erbij staat willen uitvoeren? Door een label aan de denkfout te hangen, zult u zich sneller bewust worden van de denkfout en daarmee dus van een irrationele gedachte. Het ondersteunt u bij het aanpakken van uw negatieve gedachten. Volgende keer gaan we de top drie van de denkfouten gebruiken om uw gedachten uit te dagen.

Zitting 10 – Uitdagen cognities en denkfouten

Agenda zitting 10

- Peilen stemming
- Evaluatie in verband met gesprek 10
- Korte evaluatie huiswerk
- Uitdagen aan de hand van kritische vragen en denkfouten
- Afsluiten basistechnieken uitdagen en aankondiging gedrags-
experimenten
- Huiswerk
- Nabespreking

ALGEMEEN

Net als in vorige zitting wordt het uitdagen voortgezet, met als aanvulling het uitdagen met behulp van de denkfouten. U vraagt eerst of cliënt bepaalde denkfouten herkend heeft, vervolgens bespreekt u de denkfoutentopdrie van cliënt.

De nadruk komt in deze zitting meer te liggen op het formuleren van helpende/rationele gedachten. Wanneer cliënt het uitdagen onder de knie begint te krijgen, kunt u aanvullende technieken toepassen. Bijvoorbeeld de rationele gedachten dagelijks laten lezen of de situatie te visualiseren met daarbij de rationele gedachten.

De basistechnieken van het uitdagen worden aan het eind van deze zitting afgesloten. In deze zitting wordt bekeken of cliënt zelfstandig zijn gedachten kan uitdagen. Wanneer dit niet het geval is kan besloten worden nog een zitting met uitdagen toe te voegen. Als te verwachten is dat dit voor cliënt niets nieuws op zal leveren, kan besloten worden toch over te gaan tot de gedragsexperimenten. Het belangrijkste hierbij is dat de rationele gedachten ook door middel van gedragsexperimenten verstevigd en getoetst worden in de praktijk.

BELOOP

Uitdagen aan de hand van kritische vragen en denkfouten

Ook hier volgt u het uitdaagstramien zoals in de achtste zitting. Nu heeft cliënt ook de beschikking over de denkfouten en kan de gedachten controleren met behulp van deze lijst.

Aanvullende vragen die u kunt stellen:

Welke denkfout zit er in die gedachte?

Kunt u uitleggen waarom u denkt dat het die denkfout is?

Kunt u een gedachte formuleren waar die denkfout niet in zit en die wel bij u past?

Optioneel:

Visualisatieoefening met helpende gedachten

Afsluiten basistechnieken uitdagen en aankondigen gedragsexperimenten

Voorbeeld

We hebben de afgelopen zittingen gewerkt aan het veranderen van uw negatieve gedachten aan de hand van kritische vragen en denkfouten, zodat u ... (noem hier de doelen van cliënt). Het op deze manier bijstellen van uw gedachten is belangrijk, en moet u ook blijven toepassen. Maar om de geloofwaardigheid van uw negatieve gedachten verder te verminderen is het van belang dat we uw negatieve voorspellingen/gedachten gaan toetsen aan de praktijk. We toetsen daarmee ook of u zich de nieuwe denkwijze echt eigen heeft gemaakt. Dit betekent dat we gaan experimenteren met nieuw gedrag.

U geeft hier een specifiek voorbeeld dat de cliënt betreft. Benadruk dat u samen met cliënt het gedragsexperiment zult opzetten.

Huiswerk

- Ten minste drie keer registratie van een volledige gedachte in het Gedachtedagboek, met name oefenen met de kritische vragen en de denkfouten
- Optioneel:

- kaartje maken met helpende gedachten en dagelijks lezen
- visualiseren van situatie met helpende gedachte

NB Indien nodig herinnert u cliënt aan het belang van het plannen en uitvoeren van (plezierige) activiteiten.

Zitting 11 en 12 - Gedragsexperimenten

Agenda zitting 11 en 12

- Peilen stemming
- Huiswerk bespreken
- Uitleg rationale van gedragsexperiment/informereren of cliënt rationale van gedragsexperiment begrijpt
- Samen voorbereiden van een haalbaar gedragsexperiment
- (alleen zitting 12:) Bespreken van uitgevoerde gedragsexperiment
- (alleen zitting 12:) Met cliënt een keuze maken om volgende zittingen in te gaan op aanvullende uitdaagtechnieken of verder te gaan met de gedragsexperimenten
- Huiswerk
- Nabespreking

ALGEMEEN

Gedragsexperimenten vormen een onmisbaar onderdeel van cognitieve gedragstherapie. Na het uitdagen door middel van 'praten' en 'nadenken' over de argumenten voor en tegen negatieve automatische cognities, moeten die cognities in de praktijk worden getoetst. Vaak rapporteren cliënten in de zittingen hiervoor dat ze de rationele gedachten wel kunnen 'bedenken', maar dat het nog niet zo 'voelt'. In deze zittingen kan de geloofwaardigheid van negatieve automatische gedachten met behulp van gedragsexperimenten verder afnemen. Gedragsexperimenten zijn bedoeld om doelbewust te experimenteren met nieuw gedrag. Dit heeft als doel informatie te verzamelen die gebruikt kan worden om negatieve automatische gedachten of disfunctionele overtuigingen te toetsen én te ontzenuwen.

In veel situaties heeft een negatieve automatische gedachte of leefregel de vorm van een voorspelling, bijvoorbeeld: *als ik mijn auto weiger uit te lenen aan mijn buurman, dan zal hij geen contact meer met me willen*. Het kan zijn dat de bewijzen voor en tegen deze gedachte al in eerdere zittingen aan de orde zijn geweest, maar cliënt de geloofwaardigheid van een alternatieve, rationele gedachte laag blijft inschatten. In dat geval ontnemt cliënt zichzelf waarschijnlijk de mogelijkheid om de negatieve automatische gedachte in de praktijk te toetsen en zal hij – tegen zijn wil in – toch zijn auto uitlenen aan zijn buurman. In een gedragsexperiment wordt juist wel een toetsingsmogelijkheid nagestreefd en zal cliënt bijvoorbeeld een grens stellen of niet ingaan op het verzoek van de buurman. Voorafgaand aan het experiment worden

concrete criteria geformuleerd om na afloop te toetsen welke gedachte/voorspelling klopt. Vaak zijn meerdere experimenten nodig om negatieve gedachten en leefregels te veranderen. Wel kan elk experiment weer wat meer twijfel zaaien over de geloofwaardigheid van de negatieve automatische gedachte en de rationele gedachte aan geloofwaardigheid laten winnen.

BELOOP

U begint met het bespreken van het huiswerk. In zitting 11 is dat het vervolg van het uitdagen en in zitting 12 is dat het bespreken van het uitgevoerde gedragsexperiment.

De rationale van het gedragsexperiment kan worden uitgelegd zoals hieronder beschreven.

Voorbeeld

We hebben de afgelopen zittingen gewerkt aan het veranderen van uw negatieve gedachten aan de hand van kritische vragen en leefregels zodat u ... (noem hier de doelen van cliënt). Het op deze manier bijstellen van uw gedachten is belangrijk, en u moet dat ook blijven toepassen. Maar om de geloofwaardigheid van uw negatieve gedachten verder te verminderen is het van belang dat we uw negatieve voorspellingen/gedachten gaan toetsen in de praktijk. Dit betekent dat we gaan experimenteren met nieuw gedrag. Daarmee maakt u zich de nieuwe denkwijze ook echt eigen. Zullen we eens kijken in de registratieformulieren of er een situatie is die zich daarvoor leent?

Bekijk samen met de cliënt de ingevulde registratieformulieren en zoek naar een situatie die voor een gedragsexperiment in aanmerking komt.

Gebruik daarvoor de volgende vuistregels:

- de situatie doet zich waarschijnlijk nogmaals voor of kan gearrangeerd worden;
- de gedachte omvat een negatieve voorspelling van de afloop van de situatie;
- de gedachte is veelvoorkomend bij cliënt.

Vul samen met de cliënt het formulier Gedragsexperiment in.

Voorbeeld gedragsexperiment**Automatische negatieve gedachte:**

Als ik nee zeg wanneer de buurman vraagt of hij mijn auto mag lenen, dan zal hij geen contact meer met mij willen.

Geloofwaardigheid: 70%

Rationele gedachte:

Wanneer ik nee zeg wanneer de buurman vraagt of hij mijn auto mag lenen, dan zal het contact tussen hem en mij blijven bestaan.

Geloofwaardigheid: 45%

Experiment:

De eerstvolgende keer dat mijn buurman, Peter, mijn auto wil lenen, zal ik zeggen dat ik dat niet wil.

U helpt cliënt vervolgens met het zo concreet mogelijk formuleren van criteria om het experiment achteraf te kunnen evalueren.

Voorbeeld

Zoals u het zegt, hebt u een sterk negatief idee over het contact met uw buurman als u uw grens aangeeft. Klopt het als ik dit zo begrijp? Oké, laten we dan eens kijken wat u precies verstaat onder het 'geen contact meer willen'. Betekent dat bijvoorbeeld dat hij nooit meer bij u op bezoek zal komen? Of dat hij u niet meer zal groeten? Of dat hij geen praatje meer met u wil maken? Hoe concreter u kunt aangeven wat u verstaat onder 'geen contact meer willen', hoe preciezer u na afloop kunt bepalen welke gedachte de beste voorspelling was.

Om de negatieve gedachte te verwoorden is het handig om deze op te schrijven in de vorm: 'als ... dan ...'.

Vaak hebben de automatische gedachten betrekking op een negatieve afloop van sociale situaties. Het gedragsexperiment kan dan de vorm krijgen van het oefenen met bijvoorbeeld een assertieve reactie. Voor cliënten die problemen ondervinden met sociale vaardigheden, kunnen de vaardigheden die beschreven zijn in het *Werkboek* bij zitting 11 (een gesprek beginnen en op gang houden, complimenten maken en ontvangen, positieve gevoelens uiten, wens uiten en nee zeggen) helpen bij het formuleren en opzetten van een gedragsexperiment. Als

cliënt zelf met ideeën komt voor een (haalbaar) experiment heeft dat vaak de voorkeur.

Verder kan een rollenspel in de zitting soms gebruikt worden als gedragsexperiment. Ook kan een rollenspel worden toegepast ter voorbereiding of bespreking van een gedragsexperiment.

Huiswerk zitting 11

- Bedenken/uitvoeren van gedragsexperiment (zie voor keuze en/of voorbereiding van een gedragsexperiment eventueel de leestekst *Gedragsexperimenten – Sociale vaardigheden* in het Werkboek)
- Registratie van het gedragsexperiment aan de hand van het formulier *Gedragsexperiment*.

Huiswerk zitting 12

- Uitvoeren van gedragsexperiment
- Registratie van het gedragsexperiment aan de hand van het formulier *Gedragsexperiment*

Zitting 13, 14 en 15 - Aanvullende uitdaagtechnieken of extra gedragsexperimenten

Agenda zitting 13, 14 en 15

- Peilen stemming
- Huiswerk bespreken
- Introductie aanvullende uitdaagtechnieken of extra oefening gedragsexperimenten
- (Zitting 15) Bespreken van het effect van de therapie ten aanzien van de gestelde doelen, de technieken die voor cliënt behulpzaam waren en strategieën in geval van een terugval
- Huiswerk
- Nabespreking

BELOOP

In deze laatste zittingen is het aan u en cliënt samen welke invulling aan deze zittingen wordt gegeven. Afhankelijk van de cliënt kan een keuze worden gemaakt uit aanvullende uitdaagtechnieken, zoals op de volgende pagina's beschreven, of kan meer aandacht worden besteed aan de gedragsexperimenten. Dit is afhankelijk van uw inschatting en de eigen inschatting van cliënt over wat nog steeds belemmerend is: een hardnekkige cognitie of het niet durven oefenen van nieuw, meer functioneel gedrag. De aanvullende uitdaagtechnieken worden hieronder besproken.

Het is van belang dat u cliënt er tijdig (bij zitting 13 of 14) opnieuw aan herinnert dat deze therapie eindig is.

AANVULLENDE UITDAAGTECHNIEKEN

Het socratisch vragen, het Gedachtedagboek en gedragsexperimenten sluiten aan bij alle niveaus van cognities. De techniek van het *meerdimensionaal evalueren* en de *rechtbankmetafoor* sluiten goed aan bij negatieve assumpties over het 'zelf': ik ben slecht, incompetent, minderwaardig et cetera.

Kansberekening en het *ergste van het ergste* komen met name goed van pas bij mensen die angstig waarnemen en automatisch denken, omdat die vaak de kans op een ramp overschatten. De *taarttechniek* sluit goed aan bij disfunctionele schema's rond schuld en verantwoordelijkheid.

Deze techniek is belangrijk in de behandeling van depressieve klachten.

De *kosten-batenanalyse* van een belangrijke cognitie en het *rationeel rollenspel* zijn technieken die worden toegepast bij cliënten bij wie men

gemakkelijk in een strijd verzeild raakt bij het uitdagen en bij wie het raadzaam is 'uit de discussie te blijven'. De kosten-batenanalyse helpt bovendien cliënt te motiveren tot verandering.

Van eendimensionaal naar meerdimensionaal evalueren

De bedoeling van deze techniek is de eendimensionale conclusie van cliënt uit te dagen door meer dimensies in te brengen. Een cliënt vond zichzelf bijvoorbeeld een slechte moeder omdat ze vaak overbezorgd was en daardoor haar kinderen niet genoeg hun gang kon laten gaan. Op basis van één dimensie (overbezorgd zijn) beoordeelde zij zichzelf als moeder negatief.

De stappen in het uitdagingproces (op het bord) zijn:

- 1 Schrijf de negatieve gedachte op en scoor de geloofwaardigheid en de intensiteit (nu of tijdens de emotionele episode).
- 2 U tekent een lijn (Visueel Analoge Schaal) met aan de uiteinden de uitersten van de conclusie (slechte moeder – goede moeder), zoals de cliënt deze omschrijft.
- 3 U vraagt aan cliënt zich iemand voor te stellen die aan de negatieve gedachte voldoet (slechte moeder) en vraagt naar de eigenschappen van die persoon.
- 4 U vraagt aan cliënt zich iemand voor te stellen die helemaal niet aan de negatieve gedachte voldoet (en dus een goede moeder is) en vraagt naar de eigenschappen van die persoon. Maak aan de hand van de voorbeelden een lijst met eigenschappen. En schrijf aan de andere kant het contrast van de eigenschappen (weer zoals de cliënt ze formuleert). Teken ook hier telkens een Visueel Analoge Schaal voor.
- 5 Vraag vervolgens of cliënt zich op die eigenschappen wil beoordelen met een cijfer van 0-10 (rapportcijfer), of met een kruisje op elke schaal. Reken vervolgens het gemiddelde cijfer uit. Let erop dat er voldoende dimensies zijn waarop beoordeeld wordt.
- 6 Bespreek met cliënt de conclusie. Hoe kijkt cliënt nu aan tegen de negatieve gedachte? Hoe geloofwaardig is die nu? Wat is een meer rationele conclusie?

Voorbeeld

Eigenschappen Moeder

Aandachtig luisteren versus niet luisteren

Autonomie bevorderen versus alles willen beslissen

Kinderen liefdevol en respectvol benaderen versus kinderen kritisch en betweterig bejegenen
Aanwezig zijn versus te veel 'eigen tijd' nemen

De stappen worden eveneens weergegeven op het invulformulier
Meerdimensionaal evalueren bij zitting 13 in het Werkboek.

Rechtbankmetafoor

De 'rechtbankmetafoor' is een techniek die mogelijk al gedeeltelijk aan de orde is gekomen tijdens het stellen van kritische vragen (zitting 8). Deze manier van uitdagen houdt in dat u, als advocaat van de cliënt, samen met de cliënt probeert zo nauwgezet mogelijk op zoek te gaan naar bewijzen. De negatieve automatische gedachte en het bijbehorende gevoel worden gescoord op geloofwaardigheid en sterkte. De bewijzen die mogelijk pleiten vóór de negatieve automatische gedachte worden in kaart gebracht, evenals de bewijzen die pleiten tégen de negatieve automatische gedachte (dit vereist soms creatief doorvragen). De kunst is om dusdanig concreet en 'hard' bewijsmateriaal te verzamelen, dat een rechter dit materiaal ook zou erkennen als bewijsmateriaal. Nadere kritische beschouwing van de verzamelde bewijzen vóór de negatieve automatische gedachte wijst vaak uit dat het verzamelde materiaal minder 'hard' is (vaak meer gestoeld is op gevoel) dan de bewijzen die in de kolom 'tégen' staan. Op grond van het verzamelde bewijsmateriaal wordt dan meestal de conclusie getrokken dat de negatieve automatische gedachte minder geloofwaardig is geworden en het bijbehorende gevoel minder sterk is geworden. Aansluitend wordt een rationele, meer realistische gedachte geformuleerd met een hoge geloofwaardigheid. Ten slotte bespreekt u wat de rationele gedachte voor gevolgen heeft voor toekomstig gedrag.

Voorbeeld

Automatische gedachte 'ik ben een slechte moeder' is voor 90% geloofwaardig. Het gevoel dat dit oplevert is verdriet 80%. Belangrijk bij het verzamelen van de bewijzen is om op voorhand niet al te kritisch te zijn op de bewijzen die de cliënt aandraagt vóór de negatieve automatische gedachte. De cliënt zal zich meer gehoord voelen en daardoor meer openstaan voor het lastige zoeken naar bewijzen tegen.

Bewijzen voor

- De kinderen willen niet luisteren.
- Mijn moeder zegt dat ik mijn kinderen meer moet loslaten.
- Ik ben niet altijd thuis.

Bewijzen tegen

- Mijn man zegt dat ik een goede moeder ben.
- Als de kinderen verdrietig zijn komen ze altijd bij me.
- Mijn kinderen nemen me in vertrouwen.
- Een vriendin heeft wel eens gezegd dat ik zo leuk met mijn kinderen omga.

Als goed advocaat neemt u samen met de cliënt het bewijsmateriaal nog een keer door, voor jullie samen naar de rechter gaan. De 'bewijzen voor' neemt u samen kritisch door en dan zal mogelijk blijken dat deze toch minder houdbaar zijn als hard bewijs voor de gedachte 'ik ben een slechte moeder'. U kunt de cliënt vragen of de rechter deze 'bewijzen voor' zal accepteren als hard bewijsmateriaal vóór de negatieve automatische gedachte. Doordat u samen het oordeel van de rechter probeert in te schatten, blijft u gemakkelijker uit een discussie met de cliënt. U staat immers naast de cliënt. Zeer waarschijnlijk komt u er samen op uit dat bewijsmateriaal weggehaald moeten worden uit de kolom 'bewijzen voor'. Op basis van het overgebleven bewijsmateriaal dient de cliënt vervolgens een conclusie te trekken en deze op te schrijven. De geloofwaardigheid van de gedachte 'ik ben een slechte moeder' wordt opnieuw gescoord, evenals de sterkte van het bijbehorende gevoel. Het rationele alternatief 'niemand is perfect' is voor 95% geloofwaardig. Als de cliënt dit kan bedenken in een lastige situatie zal dit haar minder verdrietig maken dan de oorspronkelijke gedachte.

De stappen worden eveneens weergegeven op het invulformulier Rechtbankmetafoor bij zitting 13 in het Werkboek.

Kansberekening

Deze techniek is vooral belangrijk bij de behandeling van angstklachten, maar kan soms ook van pas komen bij depressieve gedachten. We gebruiken weer het voorbeeld van de cliënt die zichzelf een slechte moeder vindt, omdat ze overbezorgd is en daardoor ook somber. Daarnaast kan zij overbeschermend zijn vanwege (overmatige) angst. Dit is een ietwat ingewikkelder techniek. De bedoeling is dat de overschatting van rampen wordt aangepakt. Het vraagt van u en cliënt enig

reken- en denkwerk (handig is een rekenmachine). Het is niet de bedoeling exacte kansen te berekenen, maar om bij benadering de reële kans te schatten.

De berekening is gebaseerd op het feit dat de kans op de ene gebeurtenis plus de kans op de andere gebeurtenis gezamenlijk kleiner is dan de afzonderlijke kansen. Denk maar aan de lotto. De kans op drie winnende cijfers is groter dan de kans op vier winnende cijfers. Zo ook met dobbelstenen gooien. De kans op een 1 gooien is 1 op 6 ($1/6$). De kans op 1 én 3 gooien is kleiner, namelijk $1/6$ maal $1/6$ ($1/36$). Dit gegeven wordt in deze techniek gebruikt.

Een bijkomend voordeel van deze techniek is dat cliënt de ramp tot in detail moet beschrijven. Met andere woorden: cliënt is al bezig met het zich voorstellen van het ergste van het ergste. Aangezien cliënt dit meestal in concreto vermijdt, is dit een goede oefening in het wennen aan deze stimuli.

Voorbeeld

Eerst formuleert u samen de 'ramp' waar cliënt bang voor is: *Wanneer mijn partner met mijn kind boodschappen gaat doen, krijgt mijn kind een ongeluk en zal het doodgaan.* (Ook hier wordt weer de geloofwaardigheid gescoord.)

Dan vraagt u aan welke voorwaarden voldaan moet worden, wil die ramp ook echt gebeuren. Bijvoorbeeld: *Man let even niet op bij een drukke weg; kind loopt plotseling de weg op; niemand anders stopt het kind; auto stopt niet op tijd; kind is niet gewond maar dood.*

Wil de ramp uitkomen dan moet aan al deze voorwaarden zijn voldaan. Dat betekent dat van iedere voorwaarde de afzonderlijke kans wordt geschat. De totale kans is dan de vermenigvuldiging van de afzonderlijke kansen met elkaar. Van belang is het +alle voorwaarden benoemd moeten worden.

| Voorwaarden | Kans |
|----------------------------------|------------------------------------|
| Partner let even niet op bij weg | 0.1% (1/1000 of 1 op de 1000 keer) |
| Kind loopt plotseling weg | 1% (1/100) |
| Niemand anders stopt het kind | 20% (1/5) |
| Auto stopt niet op tijd | 20% (1/5) |
| Kind is niet gewond maar dood | 25% (1/4) |
| Totaalkans | 1 op de 10 miljoen keer |

Vervolgens bespreekt u met cliënt wat deze berekening voor haar betekent. Hoe heeft dit effect op de gedachte van cliënt? Hoe geloofwaardig is die nu? Kan cliënt een alternatieve gedachte bedenken?

Ook hieraan kan vervolgens een gedragsexperiment of visualisatieoefening worden gekoppeld.

De stappen worden eveneens weergegeven op het invulformulier Kansberekening bij zitting 13 in het Werkboek.

Ergste van het ergste

Zoals gezegd lijkt de kansberekening op het 'doorvragen naar het ergste van het ergste'. Voor mensen die niet door durven denken, kan deze doorvraagtechniek helpen bij het meer reëel maken van hun gedachten. Bovendien kunt u verder praten over wat cliënt zou kunnen doen wanneer het ergste van het ergste uit zou komen. Ook kunnen de conclusies weer onderwerp van uitdaging zijn.

Vraag naar aanleiding van een automatische gedachte (*mijn man gaat vreemd*) wat er zou kunnen gebeuren als dit waar blijkt te zijn. Vraag naar wat het ergste is dat er zou kunnen gebeuren (*dan blijf ik alleen achter en dat kan ik niet aan*) enzovoort.

Een tweede belangrijke vraag is: *wat is het beste dat zou kunnen gebeuren.*

En ten slotte: *wat is het meest realistische dat kan gebeuren.*

De stappen worden eveneens weergegeven op het invulformulier

Ergste van het ergste bij zitting 13 in het Werkboek.

Taarttechniek

Ook bij deze techniek wordt uitgegaan van het 'ergste van het ergste', maar dan vanuit de 'schuldvraag'. Deze techniek kan helpen de overschatting van de eigen verantwoordelijkheid bij te stellen.

Net als bij de kansberekeningstechniek wordt ervan uitgegaan dat de ramp zich heeft voltrokken, en worden vervolgens de voorwaarden benoemd waaraan voldaan moet zijn om die ramp plaats te laten vinden.

We nemen het voorbeeld van de kansberekeningstechniek:
Als mijn man met mijn kind boodschappen gaat doen wordt het doodgerekend, en dat is mijn schuld.

Na het scoren van de geloofwaardigheid vraagt u aan cliënt welke mensen of instanties medeverantwoordelijk/-schuldig zijn aan de ramp (of aan welke voorwaarden moet zijn voldaan om deze ramp uit te laten komen). U tekent een cirkel op het bord en legt uit dat de cirkel 100% verantwoordelijkheid representeert, en dat het de bedoeling is die verantwoordelijkheid/schuld per individu/instantie te verdelen.

Let erop dat het aandeel van cliënt als laatste aan de beurt is om in te vullen.

| Voorwaarde | Kans |
|----------------------------------|------|
| Partner let even niet op bij weg | 40% |
| Kind loopt plotseling weg | 10% |
| Niemand anders stopt het kind | 5% |
| Auto stopt niet op tijd | 30% |
| Ik laat kind meegaan | 15% |
| Totaal | 100% |

Net als bij iedere andere techniek is het niet de bedoeling dat cliënt het gevoel krijgt 'beetgenomen' te zijn. Het gaat erom dat cliënt nadenkt over het aandeel van de eigen verantwoordelijkheid. U bespreekt dit dan ook na in de trant van: Klopt dit denkt u (zo nee, wat dan niet)? Wat vindt u van uw oorspronkelijke idee? Wat zou een meer uitgebalanceerde gedachte zijn hierover?

De stappen worden eveneens weergegeven op het invulformulier Taarttechniek bij zitting 13 in het Werkboek.

Kosten-batenanalyse

Bij het uitdagen van automatische gedachten en leefregels kunt u met cliënt in een discussie verzeild raken. Zo'n discussie is meestal niet productief, omdat het gevolg is dat cliënt de irrationele cognitie gaat verdedigen. Bovendien is zo'n discussie niet bevorderlijk voor de therapeutische relatie. Om dit te voorkomen of terug te draaien kunt u voorstellen om de voor- en de nadelen van de cognitie voor cliënt op een rij te zetten.

U selecteert samen eerst een te onderzoeken cognitie (bijvoorbeeld: ik moet alles perfect doen), vervolgens schrijft u op het bord twee kolommen: voordelen – nadelen.

Eerst worden de voordelen opgeschreven, daarna de nadelen. In de

vergelijking gaat het dan niet alleen over het aantal nadelen ten opzichte van de voordelen, maar ook om het 'gewicht' voor cliënt van de verschillende voor- en nadelen. Bovendien kunt u samen ontdekken dat de voordelen die cliënt ziet verder onderzocht moeten worden. Cliënt kan bijvoorbeeld denken dat de cognitie *ik moet alles perfect doen* als voordeel heeft dat cliënt ook alles perfect doet! Hieraan kan een gedragsexperiment gekoppeld worden. U vraagt vervolgens welke conclusie cliënt trekt uit deze analyse ten aanzien van de functie van de cognitie. U kunt als huiswerk 'het nadenken over en aanvullen van de kosten-batenanalyse' meegeven.

Voorbeeld

Gedachte: *Ik moet alles perfect doen*

| Voordelen | Nadelen |
|---|---|
| Idee dat ik perfect ben blijft in stand | Ik ben heel gespannen in mijn werk |
| Ik ben zelden tevreden met wat ik doe | Heel soms ben ik erg tevreden |
| | Ik verlies me in details, krijg weinig op tijd af |

De stappen worden eveneens weergegeven op het invulformulier Kosten-batenanalyse bij zitting 13 in het Werkboek.

Relationeel rollenspel

Een andere manier om uit de discussie te blijven is deze 'discussie' als techniek te introduceren. U stelt voor om de rollen te verdelen. U speelt dan eerst de rationele/redelijke 'kant' van cliënt en cliënt de irrationele 'kant'. U voert dus argumenten aan tegen de irrationele cognitie en cliënt argumenten voor de cognitie. Vervolgens worden de rollen omgedraaid.

Het doel is om de irrationele cognitie ongeloofwaardiger te maken en cliënt te leren tegen de irrationele cognitie in te gaan. Ten slotte formuleert u samen een rationele of helpende cognitie op basis van de uitdaging.

U selecteert samen een uit te dagen cognitie. Bijvoorbeeld: *als ik mijn werk niet op tijd af krijg, dan vindt mijn baas mij waardeloos*. Cliënt scoort nu eerst de geloofwaardigheid en u vraagt naar de gevolgen van deze gedachte voor cliënt. Vervolgens introduceert u het rollenspel.

Voorbeeld

- Therapeut: Oké, laten we deze gedachte eens onderzoeken. Ik wil voorstellen om een rollenspel te doen. Ik speel dan uw positieve/redelijke kant ten aanzien van deze gedachte en u de onredelijke/negatieve kant. U probeert zo veel mogelijk argumenten aan te dragen vóór die gedachte. Ik probeer tegenargumenten te noemen.
- Cliënt: Oké. Nou mijn baas gaat mij ontslaan omdat ik waarde-loos ben.
- Therapeut: Ja, ik denk dat hij dat denkt, maar dat weet ik niet zeker.
- Cliënt: Ja, maar dat is toch logisch dat hij dat denkt als ik mijn werk niet af heb?
- Therapeut: Hoe weet ik dat. Juist doordat ik niet bij hem naga of hij het heel erg vindt, kom ik er niet achter.
- Cliënt: Ik weet het niet zeker, maar de kans is wel groot. Ik ben daar toch om goed werk af te leveren?
- Therapeut: Ik denk niet dat de kans zo groot is, ik heb wel vaker mijn werk niet afgekregen, en ik werk daar nog steeds.
- Cliënt: Maar misschien is het nu de druppel.
- Therapeut: Dat ligt er aan. Ik heb ook al veel goed werk afgeleverd en dat heb ik nog niet genoemd.

Vervolgens praat u met cliënt na. Zijn er nieuwe inzichten bij cliënt? Vervolgens draait u de rollen om, zodat cliënt kan oefenen met het bedenken en uitspreken van tegenargumenten. Ten slotte formuleert u samen een alternatieve opvatting. Bijvoorbeeld: *mijn werk niet afkrijgen komt wel voor, maar het komt ook voor dat ik mijn werk wel afkrijg. Mijn baas ontslaat mij niet omdat ik heus wel enige goodwill heb opgebouwd.* De geloofwaardigheid van beide gedachten wordt gescoord. Hierna kan een gedragsexperiment worden opgezet of kan cliënt oefenen met het visualiseren van een confrontatie met zijn baas, in combinatie met de alternatieve gedachte.

ZITTING 15

Aan het eind van de therapie wordt er geëvalueerd en vooruitgekeken. De balans wordt opgemaakt: *wat heb ik geleerd – wat heb ik bereikt – waar kan ik nog aan werken en hoe om te gaan met terugval.* Het succespercentage van cognitieve gedragstherapie ligt (afhankelijk

van de stoornis) tussen de 65 en 85%. Dit betekent dat niet iedereen opknapt van cognitieve gedragstherapie. Bij de afsluiting van de therapie moet daarom met verschillende mogelijkheden rekening worden gehouden.

In zitting 15 wordt het afsluiten van de behandeling expliciet besproken. Onderwerpen die hierbij aan de orde dienen te komen zijn:

- effect van de therapie ten aanzien van de gestelde doelen;
- technieken die behulpzaam waren;
- strategieën in geval van terugval.

Huiswerk zittingen 13, 14 en 15

Huiswerk is afhankelijk van de gekozen onderdelen. Voorbeelden zijn:

- Oefen de komende week ten minste drie keer met de besproken uitdaagtechnieken aan de hand van de registratieformulieren
- Stel nieuwe gedragsexperimenten op en voer ze uit

Extra huiswerk zitting 15

- Beantwoord de volgende drie vragen.
 - Welke technieken waren behulpzaam?
 - Waar moet ik in de toekomst extra alert op zijn om terugval te voorkomen?
 - Welke strategieën kan ik gebruiken in geval van terugval?

Zitting 16 – Afsluiten behandeling

Agenda zitting 16

- Peilen stemming
- Huiswerk bespreken
- Terugkomen op doelen
- Terugkomen op wat geleerd is
- Signalering van terugval in klachten
- Strategieën voor de toekomst bespreken
- Evaluatie van de behandeling
- Afsluiting

BELOOP

In de agenda wordt naast het gekozen therapieonderwerp een kwartier gereserveerd voor het begin van de evaluatie en het afsluiten van de therapie.

Cliënten kunnen heel verschillend reageren op een naderend afscheid en afsluiting van de therapie. Van opgelucht of blij tot somber of bedroefd. In beide gevallen is het bespreken van onderstaande onderwerpen van belang.

Wanneer de klachten van cliënt niet zijn verminderd moet natuurlijk aanvullende therapie worden overwogen.

Doelen

Welke doelen zijn behaald? Welke doelen ziet cliënt na therapie?

Geleerd

Wat heeft cliënt geleerd van de therapie? Wat zijn de valkuilen van cliënt? Welke technieken zijn voor cliënt het meest behulpzaam geweest?

Strategieën

Wat kan cliënt zelf doen bij een terugval? Wanneer moet cliënt weer 'aan de bel trekken'?

Huiswerk

- Maak een verslag van dit gesprek: doelen, signalering van terugval in klachten, valkuilen, behulpzame technieken, strategieën bij terugval.



Bijlage: Typerende cognities bij depressie

Cognitieve triade: kijk op het zelf, de omgeving (de ander, de wereld) en de toekomst.

Automatische gedachten

- Ik ben een zwakkeling
- Het heeft geen zin
- Ik kan niets
- Het komt nooit meer goed
- Mijn ziekte bepaalt wat ik kan
- Ik ben het niet waard

Leefregels

- Als ik maar genoeg geef of speciaal genoeg ben, zullen ze me niet verlaten
- Ik moet alles perfect doen
- Iedereen moet mij aardig vinden
- Als ik mijn grens aangeef, zullen ze me afwijzen
- Als ik een conflict krijg, kan ik dit niet aan/moeten ze me niet meer en blijf ik alleen achter

Onderliggende leefregels (of schema's)

- Ik ben waardeloos
- Mensen geven niet om mij
- Ik kan het leven niet aan
- Mensen zijn onbetrouwbaar
- De wereld is gevaarlijk
- (Voor meer informatie over schema's wordt verwezen naar J. Young & J. Klosko, Leven in je Leven, 1999)

Triggers

- Kritiek
- Verlies van baan/mensen

Strategieën

- Zichzelf wegcijferen, subassertiviteit ten aanzien van persoonlijke wensen, terugtrekken
- Zichzelf boven anderen stellen, 'onverschilligheid' ten aanzien van relaties en maatschappelijke positie

Probleem met het probleem

Cliënten hebben vaak een probleem met het probleem. Men kan bijvoorbeeld boos zijn op de eigen somberheid, of angstig voor de eigen somberheid of zelfs somber over de eigen somberheid. Ook kan het zijn dat cliënten de depressieve klachten zodanig als een probleem ervaren dat het aanpakken van de depressie belemmerd wordt.

Meestal wordt het hebben van een probleem gezien als een bewijs voor de negatieve gedachten. Bijvoorbeeld: *ik mag niet depressief zijn, dat maakt me een slappeling, mensen kijken op me neer wanneer ze mijn probleem kennen, ik ben raar dat ik dit probleem heb*. Een onderscheid maken tussen de twee problemen en eerst het tweede probleem aanpakken is dan vereist. Dit gebeurt in de vorm van psycho-educatie: uitleggen wat het verschil is tussen de twee problemen en de gevolgen daarvan voor cliënt (niet goed het eerste probleem aan kunnen pakken). Vervolgens worden cognitieve technieken toegepast op het tweede probleem.

Geraadpleegde literatuur

- Albersnagel, F., Emmelkamp, P.M.G., & Hoofdakker, R.H. van den (1998). *Depressie: theorie, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychological aspects of physical disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: manual*. 2nd ed. Boston: Harcourt Brace.
- Beck, J.S. (1995). *Basisboek cognitieve therapie*. Baarn: HB Uitgevers.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Berndes, N., & Emmelkamp, P.M.G. (1999). *Cognitieve therapie bij depressie*. In S.M. Bögels, & P. van Oppen. *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boelens, W., & Bloedjes, G.C.M. (2004). *Cognitieve gedragstherapie. Behandelprotocol bij depressie*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Bögels, S.M., & Oppen, P. van (1999). *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bosscher, R.J., Kamperman, K.M., & Dyck, R. van (1996). *Depressie en sportief bewegen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Burns, D.D. (1999). *Feeling good, The new mood therapy*. New York: Signet.
- Burns, D.D. (1999). *The feeling good handbook*. New York: Plume.
- CBO Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg (2005). *Multidisciplinaire richtlijn depressie*. Retrieved from www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_depressie_2005.pdf
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Beaucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Bennett John-

- son, S., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., & Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies II, *Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Consumed (n.d.). Slaaphygiëne. Retrieved 22 augustus 2006 from http://www.consumed.nl/ziekten/3959/Slapeloosheid_slaaphygiene
- Coryell, W., Ballenger, J.C.M., & Talbott, J.A.M. (1996). The time course of nonchronic major depressive disorder: Uniformity across episodes and samples. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health Annual* (8), 283-284.
- Cuijpers, P., & Dekker, J. (2005). Psychologische behandeling van depressie: een systematisch overzicht van meta-analyses. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1892-1897.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Smit, F., Mihalopoulos, C., Hons, B.B., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Dekker, J. (2004). *De proef op de som nemen*. Amsterdam: Vrije Universiteit – Uitgeverij Amsterdam.
- Dekker, J., Molenaar, P.J., Kool, S., Aalst, G. van, Peen, J., & Jonghe, F. de (2005). Dose-effect relations in time-limited combined psycho-pharmacological treatment for depression. *Psychological Medicine*, 35, 47-58.
- Dekker, J.J.M., Koelen, J.A., Van, H.L., Schoevers, R.A., Peen, J., Hendriksen, M., Kool, S., Aalst, G. van, & Jonghe, F. de (2008). Speed of action: the relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *Journal of Affective Disorders*, 1(2), 183-188.
- DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Gladis, M.M., Brown, L.L., & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., & Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1007-1013.
- Dorrepal, E., Nieuwenhuizen, C. van, Schene, A., & Haan, R. de (1998). De effectiviteit van Cognitieve en Interpersoonlijke Therapie bij depressiebehandeling: een meta-analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40(1), 27-39.
- Driessen, E., Van, H.L., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., Aalst, G. van, Don, F.J., Hendriksen, M., Kool, S., Molenaar, P.J., Peen, J., & Dekker, J.J.M. (2007). Cognitive Behavioral Therapy versus Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy in the outpatient treatment of depression: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7, 58.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. e.a. (1998). A meta-analysis of the cognitive effects of therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hirschfeld, R.M., Montgomery, S.A., Keller, M.B., Kasper, S., Schatzberg, A.F., Moller, H.J., Healy, D., Baldwin, D., Humble, M., Versiani, M., Montenegro, R., & Bourgeois, M. (2000). Social functioning in depression: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 268-275.
- Hollon, S.D., & Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (4th ed.) (pp. 428-466).

- Hollon, S. D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B., & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Huibers, M., & Teeseling, H. van (2007). *Behandelprotocol Cognitieve Gedragstherapie. Stepped Treatments for Evidence-based Psychotherapy in Depression (STEPd Onderzoek)*. Department of Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht.
- Jonghe, F. de (2005). *Kort en krachtig. Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie*. Amsterdam: Benecke N.I.
- Jonghe, F. de, Hendriksen, M., Aalst, G. van, Kool, S., Peen, J., Van, R., Eijnden, E. van den, & Dekker, J. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 185, 37-45.
- Jonghe, F. de, Kool, S., Aalst, G. van, Dekker, J., & Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 64, 217-229.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P., & Janssen, R. (1994). Psychoanalytic supportive psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42:421-445.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A van, & Hoogduin, C.A.L. (1997). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A van, & Hoogduin, C.A.L. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (II)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R.). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz. (2007). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Kupfer, D.J. (1991). Long-term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 Suppl., 28-34.
- Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M., & Grosscup, S.J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 47, 322-334.
- Luty, S.E., Carter, J.D., McKenzie, J.M., Rae, A.M., Frampton, C.M.A., Mulder, R.T., & Joyce, P.R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 496-502.
- Molenaar, P.J., Dekker, J., Van, R., Hendriksen, M., Vink, A., & Schoevers, R.A. (2007). Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression? *Depression and Anxiety*, 24(8), 553-562.
- Molenaar, P.J., Don, F., Bout, J. van den, Sterk, F., & Dekker, J. (2009). *Doorbreek je depressie: werkboek voor de cliënt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mueller, T.I., Leon, A. C., Keller, M.B., Solomon, D.A., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M., & Maser, J.D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Persons, J.B., Thase, M.E., & Crits-Christoph, P. (1996). The role of psychotherapy in the treatment of depression: review of two practice guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 53, 283-29.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). Depression. In A. Roth & P. Fonagy (Eds.), *What works for*

- whom: *A critical review of psychotherapy research, volume 4* (2nd edition) (pp. 66-134). New York: The Guilford Press.
- Rush, A. J., Gullion, C.M., Basco, M.R., Jarrett, R.B., & Trivedi, M.H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric Properties. *Psychological Medicine*, 26(3), 477-486.
- Rush, A.J., & Thase, M.E. (1999). Psychotherapies for depressive disorders: a review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 161-206; commentaries 207-232). *WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, Vol.1*. New York: Wiley.
- Rush, A.J., Giles, D.E., Schlessler, M.A., Fulton, C.L., Weissenburger, J., & Burns, C. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-87.
- Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 6-19.
- Sorbi, M., & Swaen, S. (1999). *Greep op hoofdpijn*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sterk, F., & Swaen, S. (2000). *Denk je sterk! Meer zelfwaardering! Meer zelfvertrouwen!* Utrecht: Kosmos-Z&K Uitgevers.
- Sterk, F., & Swaen, S. (1999). *Emotioneel in balans*. Utrecht: Kosmos-Z&K Uitgevers.
- Stivoro, *Gezondheid en roken*. Retrieved 22 augustus 2006 from http://www.stivoro.nl/Voor_volwassenen/Gezondheid___roken/Index.aspx?mid=9927&rid=72
- Straten A., van, Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen, W.A., & Donker, M.C.H. (2006). Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 468-476.
- Trimbos-instituut, *Alcohol*. Retrieved 22 augustus 2006 from <http://www.trimbos.nl/default384.html>
- Voedingscentrum. *Eten en gezondheid*. Retrieved 22 augustus 2006 from <http://www.voedingscentrum.nl/nl/eten-gezondheid.aspx>
- Walen, S., DiGiuseppe, R., Dryden, W., Kienhorst, I., Boelen, P.A., & Bout, J. van den (2006). *Theorie en praktijk van de Rationeel-Emotieve Therapie*. Maarssen: Elsevier.
- Williams, J.M.G. (1984). *The psychological treatment of depression: a guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy*. New York: Routledge.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: new understanding, new hope*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>
- Young, J., & Klosko, J. (1999). *Leven in je leven*. Pearson Assessment and Information.

Personalia

Prof. dr. J. van den Bout, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is als hoogleraar Klinische Psychologie verbonden aan de Afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht. Hij was gedurende meerdere jaren voorzitter van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT) en president van de European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT). Hij is actief als cognitief psychotherapeut en dito trainer.

Prof. dr. J. Dekker, klinisch psycholoog, is buitengewoon hoogleraar Psychologie bij de afdeling Klinische Psychologie van de VU en hoofd onderzoek in de GGZ-instelling Jellinek-Mentrum te Amsterdam.

Drs. F.J. Don, psycholoog-psychotherapeut, supervisor VGCT, Mentrum polikliniek Strekkerweg afd. Volwassenen te Amsterdam.

Drs. P.J. Molenaar is werkzaam als GZ-psycholoog en bewegingswetenschapper bij Indigo Gezond Werken te Nieuwegein en in een eigen praktijk. Daarnaast is hij verbonden als wetenschappelijk onderzoeker aan Arkin te Amsterdam.

Drs. F. Sterk is psycholoog-psychotherapeut en heeft een eigen praktijk voor psychotherapie en coaching in Den Haag. Daarnaast is hij auteur van een reeks cognitief gedragstherapeutische zelfhulpboeken.

