

DE COMPLETE BEHANDELGIDS VOOR COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

*depressie – bipolaire stoornis – angst – boosheid – middelenmisbruik –
persoonlijkeitsstoornissen – PTSS – zelfbeschadiging en suïcidaliteit – psychose*

Leslie Sokol
Marci G. Fox



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD

Oorspronkelijke titel: *The Comprehensive Clinician's Guide to Cognitive Behavioral Therapy*. Eau Claire: PESI Publishing & Media, 2019.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
Vertaling: Bas van Heycop ten Ham, Zwolle
Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam
Omslag: Buro Blikgoed, Haarlem

Copyright © Leslie Sokol and Marci G. Fox, 2019, 2022
© Nederlandse vertaling, Uitgeverij Nieuwezijds, 2022

ISBN 978 90 5712 567 6
NUR 777

www.nieuwezijds.nl



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

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

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

Inhoud

Dankwoord	xi
Introductie	xiii
1 Het cognitieve model	1
Het cognitieve model	1
Onderliggende zelftwijfels	10
2 Cognitieve conceptualisatie: inzicht in de cliënt	11
Persoonlijkheid: onze waarden	11
Waarden en zelftwijfels	18
Zelftwijfels	20
De rol van de voorgeschiedenis en levenservaringen	20
Ineffectief compensatiegedrag	23
Zelftwijfels en gedrag: leefregels of assumpties	24
Zelftwijfel conceptualisatiemodel	26
3 Doelgerichte therapie	33
Probleemlijst	33
Behandeldoelen	34
Sessiestructuur	37
<i>Het begin</i>	37
<i>De agenda</i>	40
<i>Het middengedeelte van de sessie</i>	42
<i>Samenvattingen</i>	43
<i>Huiswerk</i>	44
<i>Einde van de sessie</i>	45
Zelfbeoordeling	49
4 Casusbeschrijving	55
Instructies voor een casusbeschrijving	55
Voorbeeld van een casusbeschrijving	61
5 Depressie	73
Het cognitieve model en de belangrijkste elementen van de behandeling	73
Assessment	73
<i>Stemmingschalen</i>	73
Gedragsactivatie	74
<i>De eerste stap: Gedragsbeoordeling</i>	74

<i>Het middel: Het activiteitenschema</i>	75
<i>Activiteitenschema: Ervan leren</i>	78
<i>Sleutelbegrippen van gedragsactivatie</i>	79
<i>Overwegingen bij de bipolaire stoornis</i>	92
Cognitieve herstructurering	92
<i>Automatische gedachten ontlokken</i>	93
<i>Evalueren van automatische gedachten</i>	95
<i>Herevaluatie van de zelftwijfel</i>	112
<i>Identificeren en evalueren van voorwaardelijke assumpties</i>	116
<i>Overwegingen bij de bipolaire stoornis</i>	116
Zelfvertrouwen behouden en vergroten door daden	117
6 Angst	119
Het cognitieve model van angst	119
Cognitieve herstructurering	122
<i>De kansoverschatting</i>	122
<i>De rampoverschatting</i>	123
<i>De hulpbronfout</i>	124
Exposurestrategieën	125
<i>Kerncomponenten van exposure-interventies</i>	125
<i>Potentiële valkuilen</i>	126
Interventies voor specifieke angststoornissen	127
<i>Gegeneraliseerde-angststoornis</i>	128
<i>Sociale-angststoornis</i>	131
<i>Paniekstoornis</i>	136
<i>Specifieke fobie</i>	147
<i>Ziekteangststoornis</i>	149
<i>Obsessieve-compulsieve stoornis</i>	151
<i>Posttraumatische-stressstoornis</i>	156
<i>Samenvatting: angststoornissen</i>	159
7 Boosheid	161
Het cognitieve model van boosheid	161
Woede-uitbarsting	170
Assertieve communicatie	172
Effectieve zelfbeheersing	174
Alles samengevoegd: boosheid in goede banen leiden	176
Zelfvertrouwen	177
8 Stoornissen in middelengebruik	179
Motivatie en inzet	179
Het cognitieve model van terugval	183
<i>Uitlokkende stimuli</i>	183
<i>Onderliggende middelengerelateerde overtuigingen</i>	184
<i>Door middelen vertekende automatische gedachten</i>	184
<i>Toename van drang en craving</i>	184
<i>Toestemminggevend overtuigingen</i>	189
<i>Praktische strategieën</i>	189
<i>Uitlijder of terugval</i>	189
<i>Het cognitieve model van middelenmisbruik</i>	190
Kwetsbaarheid voor terugval	194

9	Persoonlijkheidsstoornissen, zelfbeschadiging en suïcidaliteit	197
	Het cognitieve model van persoonlijkheidsstoornissen	197
	<i>Persoonlijkheidsstoornissen en kernovertuigingen</i>	198
	Belangrijkste behandelingscomponenten	199
	<i>Doelen stellen</i>	200
	<i>Motivatie vergroten en inzet ontwikkelen</i>	201
	<i>Zelfvertrouwen en een positief zelfbeeld opbouwen</i>	205
	<i>Zelfvertrouwen-opbouwende uitspraken</i>	219
	<i>Veranderen van ineffectief gedrag</i>	220
	<i>Reduceer overontwikkelde strategieën en bevorder onderontwikkelde strategieën</i>	223
	Zelfbeschadiging	224
	<i>Cognitief model van zelfbeschadiging</i>	224
	<i>Interventies</i>	225
	Suïcidaliteit	231
	<i>Interventies</i>	231
	Samenvatting	241
10	Psychose	243
	Psychotische stoornissen	243
	Het cognitieve model van psychose	243
	Interventies voor psychose	244
	<i>Negatieve symptomen</i>	245
	<i>Hallucinaties</i>	246
	<i>Wanen</i>	252
	Cognitieve gedragstherapie en medicatie	254
	Referenties	255
	Over de auteurs	257

Introductie

Waarom wij dit boek schreven

De complete behandelgids voor cognitieve gedragstherapie biedt de therapeut een cognitief kader voor een veelheid aan psychische stoornissen, gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie (CGT), alsook een scala aan CGT-interventies voor het behandelen van deze specifieke problemen. Onze ervaringen als klinici, trainers en supervisors in grootschalige CGT-disseminatieprojecten stelden ons in staat om een boek te maken dat voldoet aan de behoeften van therapeuten in de eerste en tweede lijn, alsook aan de behoeften van supervisors, trainers en docenten. De principes in dit boek zijn uitsluitend gebaseerd op de uitgangspunten van CGT zoals neergelegd door Dr. Aaron T. Beck. Aangezien we het privilege hebben te zijn geschoold door Dr. Beck zelf en meer dan 30 jaar lang met hem hebben samengewerkt, kunnen we zijn ideeën overdragen op ggz-professionals in een makkelijk te begrijpen, praktische vorm.

Wat staat er in het boek?

Dit boek beschrijft de meest actuele principes van CGT voor depressie en biedt een kader voor de toepassing van deze principes voor uiteenlopende klinische problemen en diagnoses. Hoofdstuk 1 geeft een uitgebreide introductie in de CGT-principes, gevolgd door een nadere uitleg over het zelftwijfel conceptualisatiemodel in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 bespreekt de typische structuur van doelgerichte therapie, waaronder het identificeren van problemen, het stellen van therapiedoelen en het structureren van typische CGT-sessies. Hoofdstuk 4 geeft de richtlijnen en het format weer van de ontwikkeling van een casusconceptualisatie en casusrapportage, zoals ontworpen door de Academy of Cognitive Therapy, met een voorbeeld van een casusbeschrijving.

De hoofdstukken 5 tot en met 10 geven de toepassing van CGT-principes weer bij depressie, de bipolaire stoornis, angst, boosheid, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen, zelfbeschadiging en suïcidaliteit, en psychose. Meer specifiek wordt in elk hoofdstuk besproken hoe elk van deze klinische problemen kan worden begrepen vanuit de invalshoek van het cognitieve model, waarin verstoorde denkpatronen tot disfunctioneel gedrag leiden. Vervolgens bespreken we voor elk van deze stoornissen specifiek toegespitste behandelstrategieën vanuit een CGT-kader: een stappenplan, interactieve oefeningen in en buiten de zitting, en vooraf ingevulde copingkaarten om duidelijk te demonstreren hoe de theorie in praktijk kan worden gebracht. Aan elk van de interventies ligt een focus op het helpen van cliënten bij het vergroten van hun zelfvertrouwen ten grondslag. Het creëren van zelfvertrouwen en de eliminatie van zelftwijfel is de basis van de behandeling en een focuspunt van de interventies die we voor elke diagnose en elk probleem geven. Dit boek is niet zozeer bedoeld als een script dat gevolgd moet worden, maar eerder als een op casusconceptualisatie gebaseerde gids die creatief en flexibel kan worden aangepast aan de specifieke behoeften van elke cliënt.

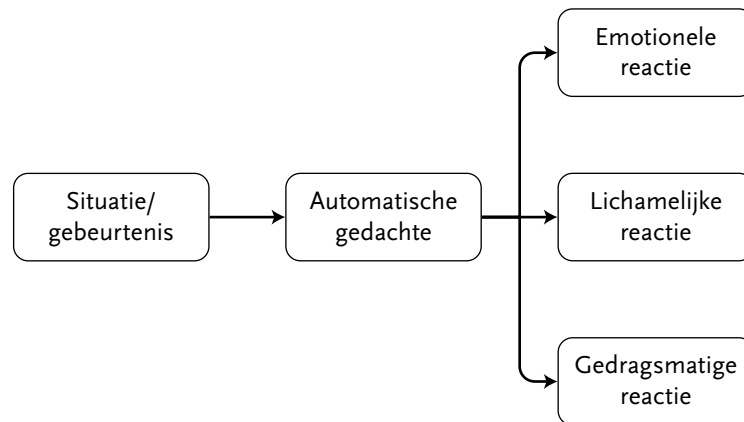
Voor wie is dit boek?

Dit boek is bedoeld voor therapeuten van alle niveaus van vakbekwaamheid in CGT, die hun cliënten beter van dienst willen zijn door het vergroten van hun expertise in de evidence-based principes van CGT. Het is bedoeld voor ggz professionals, studenten, trainers, supervisors, docenten en artsen die een handboek willen om hun kennis van CGT te consolideren en uit te breiden. Deze complete CGT-behandelgids geeft ggz-professionals de handvatten om hun cliënten te leren hoe ze hun eigen CGT-therapeut worden. En inderdaad, de krachtigste bijdrage van CGT aan psychisch herstel is de controle die ze aan de cliënt geeft om terugval te voorkomen en herstel te behouden. Door hun effectieve copingvaardigheden aan te leren en hun zelfvertrouwen te vergroten, geeft CGT hun vaardigheden om hun eigen therapeut en gids te zijn op hun levensweg. Daarom is dit boek een veelzijdige bron voor elke lezer die een duidelijk inzicht wil krijgen in psychologische problemen, omdat het individuen sterker maakt in hoe zij denken, voelen en zich gedragen.

Het cognitieve model

Het cognitieve model

Cognitieve gedragstherapie is gebaseerd op het cognitieve model van psychopathologie, dat veronderstelt dat emoties, lichamelijke reacties en gedragingen van mensen worden beïnvloed door hun perceptie van gebeurtenissen (Beck, 1964). Volgens het model bepalen situaties als zodanig niet wat mensen voelen of hoe ze zich gedragen, maar bepaalt hoe mensen deze situaties *waarnemen* hoe ze reageren (Beck, 1964; Ellis, 1962). Daarom kan een situatie op zichzelf niet per se leed veroorzaken. Het is daarentegen de interpretatie van die situatie die stress geeft. Een eenvoudig schema van het cognitieve model is als volgt:



Laten we het cognitieve model in praktijk brengen aan de hand van een hypothetisch voorbeeld, om het beter te begrijpen. Stel, een uitnodiging voor een bruiloft wordt naar een gezin met drie gezinsleden gestuurd. De vader opent de uitnodiging en denkt: 'Dit is geweldig, ik kan misschien mensen tegenkomen die ik al lange tijd niet heb gezien. Dit wordt zo leuk!' Hij voelt zich gelukkig en energiek en hij zet de datum in zijn agenda. De moeder daarentegen denkt: 'Ik wil er niet heen. Ik ben zoveel aangekomen. Mensen zullen over me oordelen. Ik heb geen energie. Ik ben hier niet geschikt voor. Ik kan niet gaan.' Zij voelt zich somber en neerslachtig, haar lichaam voelt lamlendig en zij verbergt de uitnodiging in een lade. Hun zoon vindt de uitnodiging in de lade en denkt: 'Ik zal mee moeten van mijn ouders, en dit is de slechtst mogelijke datum. Ik zal dan de introductie op de universiteit missen. Als ik niet kom opdagen en een goede indruk maak, val ik straks misschien buiten de groep. Dit is een ramp.' Hij voelt zich angstig en merkt op hoe zijn hart bonst terwijl het zweet over zijn gezicht begint te druppelen. Hij begint onrustig heen en weer te lopen en probeert een geweldig excuus te bedenken om niet te hoeven gaan.

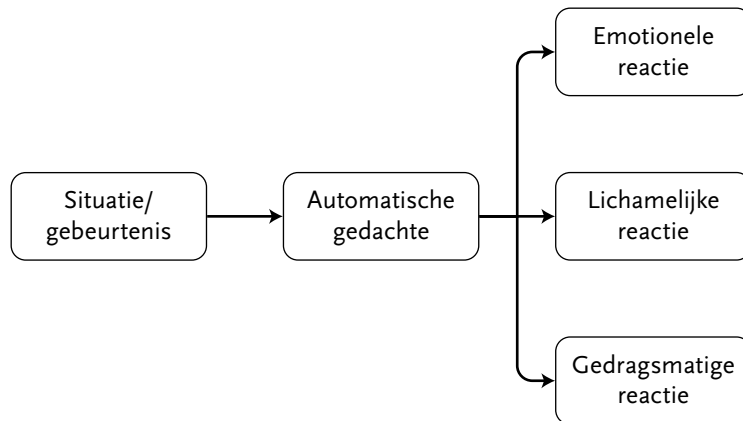
In dit voorbeeld fungeert de uitnodiging als een *externe* trigger, die bij de moeder, de vader en de zoon elk tot verschillende automatische gedachten over de situatie leidt. Zij ervaren verschillende emoties en lichamelijke reacties, die hun gedrag beïnvloeden. Maar *interne* triggers kunnen ook onze emoties en ons gedrag beïnvloeden. Stel dat de zoon gaat focussen op zijn hartslag, kortademigheid en de tintelingen in zijn handen. Hierop zou hij kunnen denken: 'Ik krijg een hartaanval', en zal hij in paniek 112 bellen. Zowel interne als externe triggers kunnen negatieve automatische gedachten uitlokken, die leiden tot onrust en problematische gedragskeuzes.

Er zijn verschillende manieren om cliënten het cognitieve model te leren en hun inzicht te vergroten in de manier waarop gedachten inwerken op emoties, lichamelijke reacties en gedragingen. Je kunt hierbij als voorbeeld een neutrale situatie nemen, zoals een café binnengaan of het inleveren van een opdracht, en de cliënt laten bedenken welke mogelijke automatische gedachten iemand in die situatie zou kunnen hebben. Laat de cliënt zich vervolgens inbeelden welke emotionele, lichamelijke en gedragsmatige reacties die persoon zou kunnen hebben bij die automatische gedachte. Je kunt ook een voorbeeld nemen uit het leven van de cliënt, zoals een auto die vlak voor hem stopt of een situatie waarin hij te laat kwam, en hem vragen naar zijn automatische gedachten over de situatie. Vervolgens kun je de cliënt helpen een verband te leggen tussen deze gedachten en zijn emotionele, fysiologische en gedragsmatige reacties. Je kunt desgewenst automatische gedachten en gedragsmatige reacties toevoegen die je zelf ooit hebt ervaren. Het doel is eenvoudigweg om de cliënt te helpen het verband tussen waarneming en reactie te begrijpen.

Om inzicht te krijgen in het cognitieve model kunnen in het begin van de therapie werkbladen gebruikt worden die de cliënt helpen met het registreren van zijn gedachten, gevoelens en gedragingen. De volgende pagina's bevatten verschillende oefeningen die je kunt gebruiken om je cliënt door dit proces te leiden. Als het enigszins mogelijk is, is het beter dat de cliënt deze werkbladen eerst in de zitting invult alvorens je hem vraagt deze zelf thuis in te vullen.

Begrijpen van het cognitieve model

Volgens het cognitieve model hebben we automatische gedachten over elke situatie die we dagelijks meemaken. Deze gedachten beïnvloeden hoe we ons voelen, hoe ons lichaam reageert en hoe we ons gedragen. In schema ziet het er als volgt uit:



Automatische gedachten zijn krachtig, want de manier waarop we een situatie interpreteren bepaalt hoe we op deze situatie reageren. Stel dat een hond op straat naar je toe rent (*situatie/gebeurtenis*). Als je denkt: 'Die hond gaat me bijten!', dan zul je waarschijnlijk bang zijn (*emotie*), wordt je hartslag sneller (*lichamelijke respons*) en zul je waarschijnlijk wegrennen (*gedrag*). Maar als je in precies dezelfde situatie denkt: 'Wat een leuke hond!', dan zul je wellicht blij zijn (*emotie*), glimlachen (*fysieke sensatie*) en naar de hond toe gaan om hem te aaien (*gedrag*).

Nog een voorbeeld: je hebt met een vriendin afgesproken voor een etentje en zij is al 30 minuten te laat (*situatie/gebeurtenis*). Als je denkt: 'Ze komt niet', dan voel je je waarschijnlijk teleurgesteld (*emotie*), krijg je tranen in je ogen (*fysieke reactie*) en besluit je naar huis te gaan (*gedrag*). Een andere manier om ertegen aan te kijken is: 'Zij is zoals gewoonlijk aan de late kant of ze staat in een file op dit tijdstip', en je zult waarschijnlijk acceptatie voelen (*emotie*), je bent ontspannen (*lichamelijke reactie*) en je besluit aan de bar wat te drinken totdat ze er is (*gedrag*).

Dezelfde situatie kan dus resulteren in verschillende emotionele, lichamelijke en gedragsmatige reacties – afhankelijk van de automatische gedachten die je hebt over de situatie. Laten we eens oefenen. Probeer voor de drie situaties die volgen elke situatie te interpreteren vanuit twee verschillende perspectieven. Bedenk voor elke situatie twee verschillende automatische gedachten die iemand zou kunnen hebben over de situatie, en bedenk vervolgens de emoties, lichamelijke reacties en gedragingen die bij die verschillende automatische gedachten horen.