

IAN ANDREW JAMES

Cognitieve gedragstherapie voor ouderen

Een praktische gids
voor hulpverleners

LANNOO
CAMPUS

D/2013/45/7 – 978 94 014 0489 1 – NUR 770/748

Oorspronkelijke uitgave: *Cognitive behavioural therapy with older people* © Ian Andrew James 2010
All rights reserved. Authorized translation from English language edition published by Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.

Vormgeving omslag: Nanja Toebak, 's-Hertogenbosch
Vormgeving binnenwerk: StudioLannoo
Vertaling: Timon Meynen – Meynen Tekstadvis

Foto omslag: © Shutterstock / Goodluz

© Uitgeverij Lannoo nv, Tiel, 2013
Dit boek is een uitgave van Uitgeverij LannooCampus (Houten). LannooCampus maakt deel uit van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijk bij de wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden veeleevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus
p/a Papiermolen 14-24
3994 DK Houten (Nederland)
Postbus 97
3990 DB Houten (Nederland)

www.lannoocampus.nl

Inhoud

Hoofdstuk 1: INLEIDING	9
1.1. Inleiding	9
1.2. Onderverdeling – deel 1 tot en met 3	9
Deel 1	13
Hoofdstuk 2: BEELDEN VAN PATIËNTEN EN HOE CGT HELPT	15
2.1. Inleiding	15
2.2. De aard van stemmingsstoornissen	15
2.3. De aard van standaard-CGT	20
2.4. Werken met mensen in niet-gestandaardiseerde CGT-formats	26
2.5. Conclusie	28
Hoofdstuk 3: DE THERAPIE AANPASSEN VOOR OUDEREN	29
3.1. Inleiding	29
3.2. Tweedimensionaal raamwerk voor het categoriseren van beelden	31
3.3. Conclusie	37
Hoofdstuk 4: COGNITIEVE VERANDERINGEN, EXECUTIEF FUNCTIONEREN, WERKGEHEUGEN EN SCRIPTS: RELEVANTIE VOOR DE THERAPEUTISCHE OVEREENKOMST	39
4.1. Inleiding	39
4.2. Cognitieve veranderingen	40
4.3. Executief disfunctioneren	41
4.4. Werkgeheugen	44
4.5. Werking van scripts	46
4.6. Conclusie	49
Deel 2	51
Hoofdstuk 5: ASSESSMENT	53
5.1. Inleiding	53
5.2. Assessmentprotocol	54
5.3. Voorzichtigheid met betrekking tot het assessmentproces	63
5.4. Meetinstrumenten	66
5.5. Conclusie	71

Hoofdstuk 6: CASUSCONCEPTUALISATIE	72
6.1. Inleiding	72
6.2. Aard van conceptualisaties	72
6.3. Conceptualisaties bij ouderen	79
6.4. Overzicht van conceptualisatiebenaderingen bij ouderen	82
6.5. Keuze van conceptualisatie	93
6.6. Waarschuwing bij het werken met conceptualisaties	95
6.7. Conclusie	96
Hoofdstuk 7: VERANDERINGSTECHNIEKEN	97
7.1. Inleiding	97
7.2. De aard van verandering	97
7.3. Veranderingsstrategieën	98
7.4. Proceskwesaties met betrekking tot veranderingstechnieken	108
7.5. Wijzigen van kernovertuigingen	109
7.6. Cognitieve verandering met de continuümtechniek	113
7.7. Conclusie	117
Deel 3	119
Hoofdstuk 8: EEN CASESTUDY VAN DEPRESSIE: MARIE	121
8.1. Inleiding	121
8.2. Overzicht van de casus	121
8.3. Nabespreking van het werk uitgevoerd met Marie	125
8.4. Conclusie	135
Hoofdstuk 9: HET BEOORDELEN EN ONTWIKKELEN VAN KLINISCHE COMPETENTIE	137
9.1. Inleiding	137
9.2. De Cognitive Therapy Scale-Revised	137
9.3. Conclusie	153
Hoofdstuk 10: HET GEBRUIK VAN PSYCHOTHERAPIE IN DE BEHANDELING VAN LASTIG GEDRAG IN ZORGINSTELLINGEN: EEN PERSONEELSGECEENTREERDE, PERSOONSGERICHTE AANPAK	154
10.1. Inleiding	154
10.2. Beschrijving van de NCBS en zijn behandelfilosofie	156
10.3. Overzicht van de casus: Donald	158
10.4. Protocol van de Newcastle-aanpak	163
10.5. Proces- en structurele kenmerken van de assessmentfase	164
10.6. Sessie Informatie Delen (SID) en doelstellingsproces	170
10.7. Conceptualisatie	170

10.8. Behandeling en resultaat	174
10.9. Overwegingen	176
Hoofdstuk 11: AFSLUITENDE OPMERKINGEN	178
11.1. Inleiding	178
11.2. Werken met mantelzorgers	178
11.3. Alternatieve modellen voor CGT in de behandeling van depressie	182
11.4. IAPT: verlenen van geestelijke gezondheidszorg aan ouderen	188
11.5. Afsluitende opmerkingen en overwegingen	190
Bijlagen	193
Bijlage I STOORNISPECIFIEKE CONCEPTUELE MODELLEN	195
Bijlage II TRAININGSHANDLEIDING VOOR CTS-R TER BEVORDERING VAN THERAPEUTISCHE COMPETENTIE	199
Literatuur	227

Inleiding

1.1 INLEIDING

Uit de literatuur over de behandeling van ouderen blijkt dat zij niet alleen baat kunnen hebben bij psychotherapie (Hartman-Stein, 2005; Zalaquett & Stens, 2006), maar in sommige situaties zelfs betere resultaten boeken dan jongere mensen (Walker & Clarke, 2001). Dit boek geeft een overzicht van het gebruik van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor mensen met en zonder cognitieve problemen. Het boek bestaat uit drie delen. Het eerste deel wijdt de lezer in in het onderwerp, onderzoekt mogelijke aanpassingen en bespreekt CGT vanuit een praktisch en conceptueel perspectief. Deel 2 geeft een overzicht van ouderentherapie in termen van de belangrijkste fasen van assessment, conceptualisatie en interventies. Ten slotte biedt deel 3 praktische tips aan om de therapeutische competentie te verbeteren, zowel aan de hand van casussen als observaties van therapieën van therapeuten-in-opleiding.

1.2 ONDERVERDELING – DEEL 1 TOT EN MET 3

Deel I

Na dit inleidende hoofdstuk wordt de lezer in de eerste drie hoofdstukken (2-4) ingewijd in zowel het onderwerp als de bevolkingsgroep. Hoofdstuk 2 met als titel 'Beelden van patiënten en hoe CGT helpt', biedt een algemeen overzicht van de ervaringen door patiënten van negatieve affecten en bespreekt hun problemen op een aantal terreinen (neurologisch, gedragsmatig, cognitief, interpersoonlijk enzovoort). De eerste paragraaf probeert te laten zien welke fundamentele moeilijkheden een therapeut tegenkomt bij het werken met iemand met depressie of angst. Het volgende deel van dit hoofdstuk vat samen hoe CGT is opgebouwd om met die moeilijkheden om te gaan. Hoofdstuk 3 gaat met name in op het werken met ouderen en is getiteld 'De therapie aanpassen voor ouderen'. Het bekritiseert de neiging om het over ouderen te hebben als een homogene, duidelijk omlinnde bevolkingsgroep. Er wordt geprobeerd om grip te krijgen op de heterogeniteit door de problemen van ouderen onder te brengen in vier afzonderlijke kwadranten op twee dimensies: cognitieve versus lichamelijke vermogens. Deze kwadranten houden verband met verschillen in patiëntprofiel en behandeling. Het vierde hoofdstuk 'Cognitieve veranderingen, executief functioneren, werkgeheugen en scripts' verbindt de eerste hoofdstukken met het volgende over 'Assessment'. Opnieuw wordt de aard van stemmingsstoornis-

sen besproken, maar dit keer alleen vanuit neurologisch en cognitief perspectief. Er is met name aandacht voor de belangrijke rol die executief functioneren en het werkgeheugen spelen in het vermogen van patiënten om goed mee te kunnen doen in de therapie. Dit hoofdstuk haalt enkele typische problemen en beperkingen op dit gebied aan.

Deel 2

Hoofdstuk 5-7 bespreekt de klassieke fasen van therapie: assessment, casusconceptualisatie en veranderingstechnieken. In dit hele deel wordt benadrukt dat het nogal kunstmatig is om een scherp onderscheid te maken tussen deze drie therapiefasen, omdat ze veel structuren en processen gemeenschappelijk hebben. Zo zijn goede interpersoonlijke vaardigheden, het bepalen van het tempo, en samenwerking nodig voor het hele proces. Een tweede voorbeeld: dagboeken en vragenlijsten (met verschillende functies) kun je zowel als instrument voor assessment als interventie aanwenden. De discussieparagrafen van deze hoofdstukken beklemtonen dat het doel van de therapie is om effectieve interventies te ontwikkelen om de stemming van mensen te veranderen. CGT bereikt deze doelstellingen door individuele conceptualisaties te ontwikkelen. Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van de vele conceptualisaties die zijn gebruikt bij ouderen, en onderzoekt hun bruikbaarheid en geschiktheid bij de verschillende ziektebeelden die therapeuten tegenkomen bij het werken met ouderen. Hoofdstuk 7 over 'Veranderingstechnieken' besteedt aandacht aan de noodzaak dat therapeuten inzicht hebben in de veranderingsmechanismen waarop hun veranderingsstrategieën zijn gebaseerd. Er wordt beargumenteed dat zonder een dergelijk besef, de kans bestaat dat er onjuist wordt geïntervenieerd, waardoor de stemming van patiënten nog verder verslechtert en hun negatieve cognities onbedoeld worden bekrachtigd. Een dergelijk scenario is met name waarschijnlijk als een therapeut opereert op het niveau van kernovertuigingen.

Deel 3

Hoofdstuk 8-10 zijn praktisch van aard, waarbij in hoofdstuk 8 en 10 een casus wordt besproken. De eerste casestudy betreft een vrouw, Marie, met een terugkerende depressie. Haar behandeling bestaat uit een benadering met kwetsbaarheid-stressconceptualisatie. Het gebruikte materiaal illustreert wat in de voorgaande hoofdstukken (deel 2) is besproken over assessment, conceptueel werk en veranderingsstrategieën. Hoofdstuk 9, getiteld 'Het beoordelen en ontwikkelen van klinische competentie', stelt een mogelijke bewerking van een competentieschaal voor om therapeuten te beoordelen op hun vermogen om CGT toe te passen. Zelf was ik betrokken bij de ontwikkeling van de oorspronkelijke schaal, de *Cognitive Therapy Scale-Revised* (CTS-R) (Blackburn e.a., 2001). De in dit boek voorgestelde versie is aangepast voor gebruik bij ouderen. Zij beschrijft twaalf kernitems die verbonden zijn met CGT en geeft informatie over hun rationale en een praktische handleiding voor het gebruik.

Hoofdstuk 10 bevat de casus van een man met dementie, Donald, die problematisch gedrag vertoont. De gebruikte aanpak voor zijn behandeling is een vorm van psychothera-

pie die de afgelopen tien jaar is toegepast door een team specialisten in Newcastle-upon-Tyne (Verenigd Koninkrijk). De aanpak ontleent veel aan groepsvormen van CGT. Het hoofdstuk laat zien hoe CGT-principes kunnen worden gebruikt met zorgpersoneel in een omgeving met 24-uurszorg.

Het laatste hoofdstuk van het boek, hoofdstuk 11, gaat kort in op belangrijke onderwerpen die niet elders gedetailleerd aan de orde konden komen. De drie hoofdonderwerpen zijn 'Werken met mantelzorgers', 'Alternatieve modellen voor CGT in de behandeling van depressie' en 'IAPT: levering van geestelijke gezondheidszorg aan ouderen'. Dit hoofdstuk sluit af met enkele reflecties over het boek en over mijn persoonlijke reis in de afgelopen twintig jaar als een clinicus die CGT gebruikt en aanpast. Het boek eindigt met twee bijlagen. In bijlage I wordt een aantal stoornisspecifieke conceptuele raamwerken besproken met betrekking tot de angststoornissen (paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis en sociale fobie). Zij zijn opgenomen ter ondersteuning van hoofdstuk 3 en 6 (respectievelijk de aanpassing van de therapie en casusconceptualisatie). Het materiaal biedt de lezer een overzicht van hoe algemene conceptualisaties moeten worden veranderd om aan te sluiten bij de kenmerken van elke diagnose. Bijlage II presenteert een ongepubliceerd manuscript dat bedoeld is om te helpen bij het onderricht in de CST-R. De inhoud verrijkt het materiaal van hoofdstuk 9 en voorziet de lezer van specifieke voorbeelden van goede en slechte praktijkvoering ontleend aan mijn klinische werk en supervisie in de afgelopen tien jaar.

DEEL 1

Beelden van patiënten en hoe CGT helpt

2.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk geeft eerst een beschrijving van stemmingsstoornissen zoals die worden ervaren door patiënten en biedt vervolgens een overzicht van een standaard-CGT. Het eerste aspect wil de aandacht vestigen op de moeilijkheden waar zowel patiënten als therapeuten in de behandeling mee te maken krijgen. Het laatste beschrijft hoe CGT is opgezet om met dergelijke problemen om te gaan.

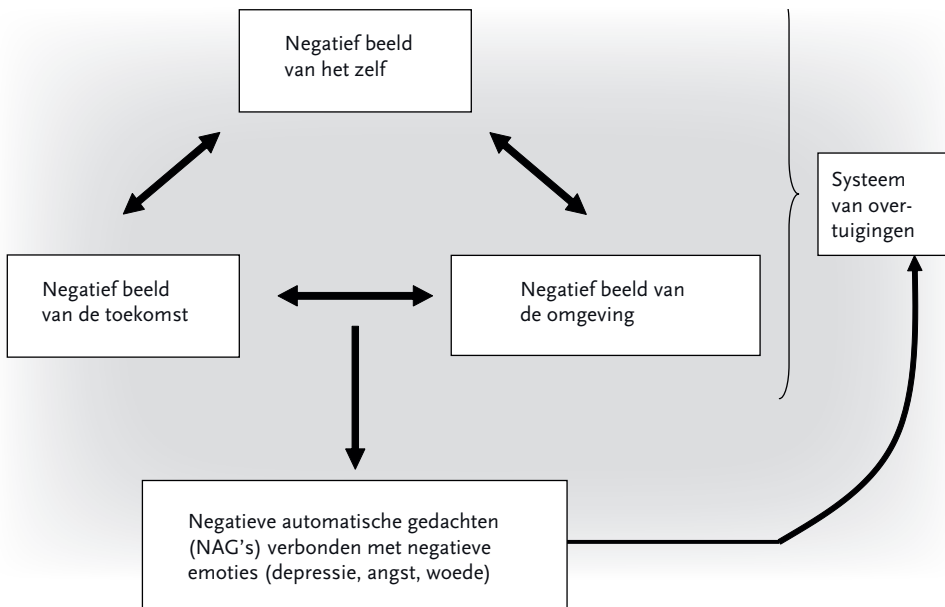
Dit hoofdstuk is bedoeld om het volgende duidelijk te maken:

- 1 Stemmingsstoornissen kunnen vanuit vele verschillende perspectieven worden geconceptualiseerd (neuropsychologisch, chemisch, gedragsmatig, cognitief enzovoort).
- 2 Mensen die lijden aan stemmingsstoornissen ervaren hun leed op vele van de bovengenoemde terreinen.
- 3 Als patiënten in therapie gaan, brengen ze hun ongemotiveerdheid, vermijdingsgedrag, slechte geheugen, concentratie en aandacht mee. De therapie moet dus rekening houden met deze aspecten, waarvoor je een therapeutisch raamwerk nodig hebt dat eenvoudig is en zeer langzaam wordt uitgevoerd.
- 4 CGT is een therapie die probeert ervaringen van mensen onder te brengen in eenvoudige structuren, waardoor hun problemen minder overweldigend en beter hanteerbaar worden.
- 5 Therapeuten kunnen het acroniem KISS (Keep It Simple and Slow ... very slow) gebruiken als geheugensteuntje voor hun therapeutische aanpak.
- 6 De principes van CGT kunnen in vele situaties in niet-standaardvormen worden gebruikt (bijvoorbeeld in het werken met mensen met dementie en hun mantelzorgers).

2.2 DE AARD VAN STEMMINGSSTOORNISSEN

De aard van depressie en angst kun je conceptualiseren in termen van een aantal domeinen. Je kunt ze bijvoorbeeld beschrijven in termen van het gedrag van neurotransmitters, hersenveranderingen, hormonen, informatieverwerkingsaanleg, intrapsychische kenmerken en interpersoonlijke veranderingen. Neurotransmitters worden in het algemeen beïnvloed met psychotrope medicatie, en zullen hier niet in detail worden besproken.

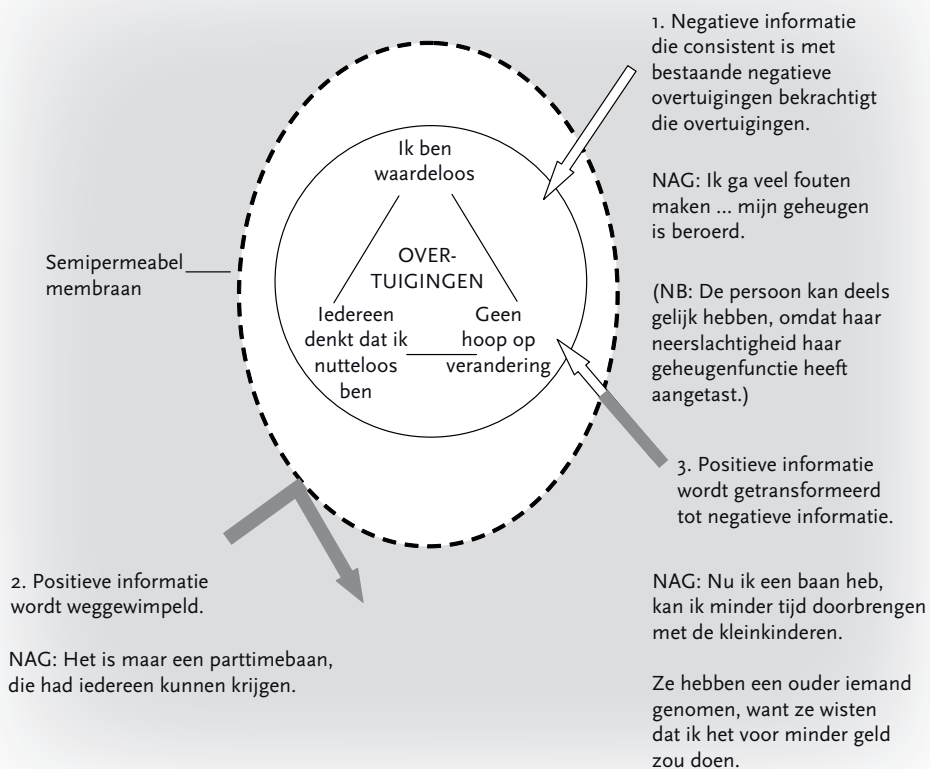
Structurele wijzigingen in het brein hangen samen met neerslachtigheid, waarbij een vorm van laat optredende depressie gekoppeld is aan arteriosclerotische, ontstekings- en immuniteitsveranderingen (Alexopoulos, 2005). Er is veel discussie geweest over de vraag of dit impliceert dat dit type depressie ‘onbehandelbaar’ is met medicatie. In tegenstelling tot deze veelbesproken kwestie is minder aandacht besteed aan de veranderingen in de hersenfuncties die je vaak kunt vinden met behulp van scantechnieken (Drevets & Raichle 1995). Met name van belang voor therapeuten (James, Reichelt, Carlsson & McAnaney, 2008) zijn de veranderingen die plaatsvinden in de frontaalkwabben, want deze hebben een rechtstreekse invloed op therapeutische processen (zie hoofdstuk 4). Psychometrisch onderzoek naar mensen die neerslachtigheid ervaren, wijst ook op merkbare gebreken in de informatieverwerking. Sommige van deze gebreken kunnen we rechtstreeks in verband brengen met frontaalkwabdisfuncties, maar andere, zoals merkbare geheugenproblemen, laten de meer diffuse impact van psychiatrische stoornissen zien (Cassens, Wolfe & Zola 1990; Williams 1992). Gedragsveranderingen komen ook veel voor als iemand neerslachtig is. Afhankelijk van de aard van de problemen kan iemand ofwel geagiteerder worden ofwel meer teruggetrokken. Verder leidt neerslachtigheid vaak tot veranderingen in iemands zelfbeeld evenals zijn wereld- en toekomstbeeld. Beck heeft het laatste beschreven in termen van het triadische model (alias het inhoudsspecificiteitsmodel, Beck 1976, zie figuur 2.1 Triadische modellen en cognitieve thema’s). Zoals aangegeven in het schema wordt er, als alle drie de zelfbeelden negatief zijn, een overtuiging ontwikkeld die geassocieerd is met een negatieve stemming. De tabel geeft de specifieke beelden en thema’s die verbonden zijn met deze stemmingen weer.



Cognitieve thema's in triades (zelf, toekomst, omgeving)		Emoties
Triades	Zelfbeeld als waardeloos of onbekwaam, met negatief wereldbeeld en beeld van de toekomst als hopeloos	Depressie
	Gevoel van kwetsbaarheid, perceptie van de omgeving als chaotisch en de toekomst als onvoorspelbaar	Angst
	Gevoel van persoonlijk onrecht, perceptie van de omgeving als vijandig, gevoelde noodzaak tot handelen om het zelf tegen toekomstig kwaad te beschermen	Woede

Figuur 2.1 Triadische modellen en cognitieve thema's

De overtuigingen worden de machinekamer van negatieve denkpatronen en er ontstaat een positieve feedbackcyclus waarbij het denken de overtuiging van de persoon versterkt. Zo worden dus in de loop van de tijd disfunctionele cirkels bestendigd, wat leidt tot een verlaging van de drempel om de overtuiging te activeren. Dit leidt ertoe dat negatieve denkstijlen voor het individu de standaardmanier worden om de wereld te interpreteren. Beck noemde de producten van deze denkstijl 'negatieve automatische gedachten' (NAG's). Cognitieve therapeuten zijn bijzonder geïnteresseerd in NAG's: het zijn immers de geverbaliseerde vormen van de ervaringen van patiënten. Het is echter van belang om op te merken dat de gedachten slechts het topje van de ijsberg zijn wat betreft de problemen van de persoon: als je alleen deze zou aanpakken, zou je waarschijnlijk geen blijvende verbetering kunnen realiseren (James, Southam & Blackburn, 2004). Onder het niveau van de NAG's ligt een onderling samenhangend, symbiotisch netwerk van chemische, neurologische, gedragsmatige en intrapsychische processen. Omdat deze processen elkaar wederzijds bekrachtigen, houden zij gezamenlijk de negatieve homeostase in stand. Denk bijvoorbeeld aan een gedeprimeerde vrouw die net 'goed' nieuws heeft gekregen over een parttimebaan in een lokale liefdadigheidswinkel. In plaats van dat dit haar stemming zal verbeteren, kan dat succes er juist voor zorgen dat ze zich slechter voelt! Ten eerste kunnen haar cortisolniveaus gaan stijgen. Zij begint misschien lichamelijke spanning te voelen in schouders en buik. De stress kan leiden tot aften in haar mond, wat het eten lastiger maakt. Het bemachtigen van de baan ziet ze wellicht als 'mazzel' in plaats van een prestatie. Ze kan zich zelfs gaan concentreren op de negatieve gevolgen van de nieuwe rol. In figuur 2.2 geeft de kwetsbare-eivorm (James, 2001a) aan hoe patiënten informatie, zelfs positieve prikkels, op een negatieve manier kunnen beoordelen. In tabel 2.1 staan enkele informatiebiases die veel voorkomen bij depressie.



Figuur 2.2 Weergave van informatieverwerking in depressie – het kwetsbare ei

Naast deze herinterpretaties kunnen er ook interpersoonlijke zorgen zijn. Zij kan zich bijvoorbeeld zorgen maken over hoe ze zal omgaan met het ontmoeten van nieuwe mensen. Neerslachtigheid gaat immers vaak ten koste van iemands vermogen tot het onderhouden van interpersoonlijke relaties: je vermijdt vaak andere mensen of slaagt er niet in plezier te beleven aan het gezelschap van anderen. De vrouw in het voorbeeld kan zich ook zorgen maken over hoe ze zal omgaan met haar recente intellectuele veranderingen, omdat ze waarschijnlijk beseft dat haar denken trager verloopt en haar probleemoplossingsvermogen is verslechterd.

Tabel 2.1 Veelvoorkomende informatiebiases bij affectieve stoornissen (bewerking van Westbrook e.a., 2007)

<i>Type bias</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Voorbeeld</i>
a. Extreem denken		
Zwart-wit (dichotoom) denken	De wereld alleen in termen van uitersten zien – een denkstijl van ‘alles of niets’.	<i>Hij is dood, en dus zal niemand mij ooit nog willen. Ik ben onaantrekkelijk.</i>
Onrealistische verwachtingen	Een persoon met disfunctioneel hoge normen, die niet zijn aangepast aan de veranderde gezondheid.	<i>Als ik de huishouding niet perfect kan doen, ben ik nutteloos.</i>
Catastroferen	Het ergste voorspellen in situaties die een dergelijk pessimisme niet rechtvaardigen.	<i>Ik ben mijn autosleutels weer verloren, ik weet zeker dat ik dement ben.</i>
b. Selectieve aandacht		
Overgeneralisatie	Een enkele negatieve gebeurtenis beschouwen als een aanwijzing dat alles slecht is.	<i>De sloot in rijden betekent dat ik niet langer een betrouwbare bestuurder ben.</i>
Uitvergroting van het negatieve en minimalisering van het positieve	Het belang van negatieve gebeurtenissen overdrijven en de betekenis van positieve bagatelliseren.	<i>Terwijl ik in de zeventig ben, heb ik nog een opleiding afgerond, maar ik was niet meer de beste van de klas.</i>
c. Vertrouwen op intuïtie		
Overhaaste conclusies trekken	Negatief oordelen zonder voldoende bewijs.	<i>Johanna heeft al sinds dinsdag niet meer gebeld, ze moet wel ernstig ziek zijn.</i>
Emotioneel redeneren	Ervan uitgaan dat gevoelens feiten weergeven.	<i>Ik voel gewoon dat er iets heel ergs staat te gebeuren als ik vandaag de deur uitga.</i>
d. Zelfverwilt		
Dingen persoonlijk opvatten	Een negatieve persoonlijke interpretatie geven aan een neutrale situatie.	<i>Ze hebben de burens gevraagd op de baby te passen, ze zullen mij wel niet vertrouwen.</i>
Zelfbeschuldiging	Onterecht jezelf de schuld geven van gebeurtenissen of situaties.	<i>Ik ben veel te zacht geweest voor Jan toen hij jong was. Daarom heeft hij zijn vrouw en kinderen in de steek gelaten.</i>

Het is nuttig om stemmingsstoornissen op deze brede manier te conceptualiseren, omdat het je helpt te begrijpen met welke ervaringen een patiënt moet zien om te gaan als zij behandeling zoekt. Deze benadering benadrukt dat iemand die depressief of angstig is niet alleen negatieve cognities heeft, maar nog een heleboel andere kenmerken. Bovendien zullen deze andere kenmerken een zeer aanzienlijke impact hebben op iemands fysiologie, geheugen, gedrag enzovoort. Tijdens de therapie zijn de gebrekkige aandacht, ongemotiveerdheid of verwardheid van de patiënt geen teken van luiheid (of redenen om haar naar huis te sturen), maar karakteristieke kenmerken van de stoornissen. Tabel 2.2 geeft een overzicht van de ervaringen van patiënten. Vanuit het perspectief van de therapeut is het dus belangrijk om te beseffen dat elke therapie die wordt aangeboden rekening moet houden met de executieve problemen en geheugenproblemen, het gebrek aan motivatie en de gebrekkige aandachtscapaciteit van het individu. Kortom: je moet een therapeutisch model kiezen dat de rationale, structuur en proceskenmerken heeft die passen bij de symptomen. Ik ben van mening dat CGT een passend model en theoretisch raamwerk biedt om met dergelijke kwesties om te gaan. Niettemin wil ik ook onderstrepen dat als CGT niet op de juiste wijze wordt ingezet het de stemming nog verder kan verslechteren, waardoor het risico van zelfbeschadiging toeneemt (James, 2001b). Sterker nog: in tegenstelling tot wat Andrews denkt (Andrews, 1996) is CGT *niet* 'een veilig alternatief voor medicatie', maar een krachtige psychotherapie die disfunctionaliteit kan versterken, en zelfs nieuwe disfunctionele kernovertuigingen kan scheppen, als zij verkeerd wordt toegepast (James, 2001b). Om deze redenen is een deel van dit boek gewijd aan de thematiek van therapeutische competentie (zie hoofdstuk 9 en bijlage II).

Tabel 2.2 De ervaring van depressie: kenmerken waar de therapie rekening mee moet houden:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| – neerslachtige stemming | – andere executieve problemen |
| – comorbide angst | – slaapstoornis |
| – negatief denken | – concreet denken |
| – wanhoop | – gebrek aan motivatie |
| – terugtrekken/vermijden | – negatieve informatiebiases |
| – laag gevoel van eigenwaarde | (catastroferen, overdrijven) |
| – agitatie | – interpersoonlijke moeilijkheden |
| – slechte concentratie | – gedragsmatige kenmerken |
| – gebrekkige aandacht | (zoals terugtrekken) |
| – gebrekkig probleemoplossingsvermogen | |

2.3 DE AARD VAN STANDAARD-CGT

Er wordt een uitgebreide beschrijving van CGT gegeven in *A Clinician's Guide to Mind Over Mood* (Greenberger & Padesky, 1995), waarbij een van de vier belangrijkste casestudy's opmerkelijk genoeg een oudere betreft. Vanuit het perspectief van oudere mensen is een praktische handboekduo (een voor de patiënt en een voor de therapeut) gemaakt door