

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Kader

De therapeutische aanpak in de cognitieve gedragstherapie is gebaseerd op de beginselen van de cognitieve psychologie (over cognitieve processen van bijvoorbeeld geheugen, schemata, interpretatie), 'moderne' gedragsleer (bijvoorbeeld sociaal-leertheorie) en cognitieve sociale psychologie (bijvoorbeeld sociale attributie, cognitieve dissonantie). Het cognitieve model van Beck (1979) en het operante model van Lewinsohn (1975) vormen de uitgangspunten van de cognitieve gedragstherapie.

De rationale achter het operante model is dat depressie het gevolg is van een te laag niveau van respons-contingente positieve bekrachtiging door een leergeschiedenis van weinig positieve bekrachtiging of het tekortschieten van sociale vaardigheden om bekrachtiging te verkrijgen. Deze factoren worden in de behandeling beïnvloed.

In het cognitieve model is depressie het resultaat van de activering van negatieve cognitieve schemata. Op basis van ervaringen hebben mensen assumpties over zichzelf, de wereld en de toekomst, die zijn weerslag vinden in cognitieve schema's. Nieuwe ervaringen worden geïnterpreteerd vanuit deze cognitieve schema's. Een depressie ontstaat wanneer een kritische gebeurtenis plaatsvindt die botst met het persoonlijke waardesysteem dat op basis van eerdere ervaringen aan een dysfunctioneel, depressogeen schema is gerelateerd. Dit leidt tot 'automatische negatieve gedachten', die mogelijk leiden tot depressieve klachten en symptomen op gedragsniveau, affectief niveau, motivationeel niveau, cognitief niveau en somatisch niveau. Wanneer de depressie zich ontwikkelt nemen deze negatieve gedachten toe in frequentie en intensiteit, hetgeen vervolgens de depressogene schema's versterkt. Depressie is dan het resultaat van cognitieve vervormingen in hoe men gebeurtenissen ervaart en interpreteert, en zo is er een neerwaartse spiraal in werking getreden. In cognitieve therapie leert de patiënt deze cirkel te herkennen en te doorbreken door vragen te stellen bij deze negatieve gedachten en de assumpties waarop deze zijn gebaseerd. De patiënt wordt bewust gemaakt van de rol die gedachten hebben op gevoelens en gedragingen. De negatieve gedachtegang wordt uitgedaagd en vervangen door een meer positieve en realistische evaluatieve interpretatie. Vervolgens wordt gekeken hoe de dysfunctionele cognitieve schemata kunnen worden beïnvloed (Boelens, 1997) waarna transfer van gecorrigeerde cognitieve schema's naar andere situaties wordt nagestreefd en de kans op terugval wordt verminderd.

De therapeutische factoren van cognitieve gedragstherapie bestaan mogelijk uit een aantal niet-specifieke factoren: een heldere rationale, een gestructureerde behandelvorm, het buiten de therapie leren en leren toepassen van adequate copingvaardigheden en zelfattributie van het therapeutische succes (Boelens, 1997).

Behandeldoel

- Kunnen herkennen van automatische negatieve gedachten in bepaalde situaties en daarmee het verkrijgen van inzicht in de depressie
- Kritisch onderzoeken van automatische negatieve gedachten
- Ontwikkelen van nieuwe, meer rationele en adequate gedachten
- Opsporen en veranderen van depressogene assumpties
- Verminderen van depressieve klachten
- Verband leggen tussen gedachten, gedrag, gevoelens en aanleren van manieren om deze te veranderen

Indicatie

Indicatiecriteria zijn:

- Tenminste redelijk sociaal functioneren voorafgaand aan het ontstaan van de depressie
- Zelfreflecterend vermogen
- Beschikbaarheid van een steunsysteem
- Duidelijk aangrijpingspunt (thema, focus) voor de therapie aanwezig

Exclusie

Zeer ernstige depressieve stoornis, gekenmerkt door ernstig disfunctioneren, acute of ernstige suïcidaliteit, psychotische kenmerken en een bipolaire stoornis, is een contra-indicatie voor cognitieve gedragstherapie.

Behandelinhoud

Voorafgaand aan de cognitieve component van cognitieve gedragstherapie worden gedragstherapeutische technieken toegepast, gericht op de acute symptomen van depressie, zoals herstellen van het dagritme en uitvoeren van plezierige activiteiten. In een reeks van acht sessies wordt het operante gedragstherapeutische model gebruikt, in de tweede reeks van acht sessies het cognitieve model. Het verdient de voorkeur te starten met de gedragstherapeutische reeks (Boelens 1997).

Iedere behandelsessie vindt plaats volgens een vaste en duidelijke structuur. Deze structuur komt tot uiting doordat de therapeut bij aanvang van iedere sessie een agenda vaststelt, waarin aan de orde komen:

- Wekelijkse punten: terugblik op gebeurtenissen vanaf de vorige zitting, feedback op de vorige zitting, bespreking van het huiswerk
- Hoofdonderwerp: bijvoorbeeld het leren toepassen van specifieke strategieën, aanpak van specifieke problemen
- Huiswerkopdrachten; de opdrachten, motivering van de opdracht, te verwachten moeilijkheden bij de uitvoering
- Feedback; wat heeft de patiënt van deze zitting opgestoken, hoe voelt de patiënt zich over deze zitting.

De houding van de therapeut is directief en bekrachtigend; de therapeut geeft complimenten voor het behaalde succes.

In sessie 1-8 wordt gebruik gemaakt van gedragstherapeutische technieken. Na een kennismaking en inventarisatie van activiteiten en functioneren in werk, hobby's en sociale contacten, wordt in sessie 1 toegelicht waaruit de behandeling zal bestaan en wat het belang is van huiswerk voor de behandeling. In sessies 2-4 wordt de operante rationale uitgelegd. Voorts wordt het activiteitenformulier toegelicht waarmee de patiënt door zelfobservatie het verband legt tussen activiteiten, plezier en bekwaamheid in deze activiteiten en de stemming. Aan de hand hiervan kunnen tevens gedachten als "ik doe helemaal niets" of "het maakt niet uit wat ik doe, want ik blijf me hetzelfde voelen" worden getoetst. Huiswerkopdrachten in sessie 2-4 bestaan uit:

- Doorlezen van de rationale,
- Invullen van activiteitenformulieren,
- Opstellen van een lijst plezierige activiteiten,
- Registeren van activiteiten,
- Plannen en uitvoeren van activiteiten.

Naar aanleiding van de huiswerkbespreking zal een patroon van activiteiten naar voren komen dat waardevolle informatie biedt over de problemen die de patiënt ervaart. De therapeut houdt een lijst van plezierige activiteiten achter de hand voor deze patiënt. In de huiswerkbespreking wordt ook de zinvolheid van het registeren en plannen van activiteiten besproken.

Het registreren en gradueel plannen van activiteiten heeft als doel het activiteitsniveau te verhogen en het gevoel van competentie, plezier en voldoening te vergroten. Nieuwe activiteiten worden stap voor stap gepland, te beginnen met activiteiten die het meest haalbaar zijn. Activiteiten waarvan de kans van optreden gering is, de grootte van de te verwachten bekrachtiging klein, de negatieve consequenties groot of de kans van slagen gering komen eventueel pas in een latere fase aan de orde.

In sessie 5-8: komt het oefenen van sociale vaardigheden aan bod. Het uitvoeren van plezierige activiteiten gaat veelal samen met contacten met anderen. De volgende gespreksadviezen worden besproken: conversatievaardigheden, uiten van positieve gevoelens en assertiviteit. Veel mensen die depressief zijn klagen erover dat contacten met anderen niet zo verlopen als ze graag zouden willen. In sessie 5-8 wordt geoefend met sociale situaties die moeilijk zijn voor de patiënt. Uitgelegd wordt dat mensen zich vaak anders gaan voelen wanneer ze zich anders gedragen. Vervolgens wordt gericht op

hoe de patiënt zich gedraagt in moeilijke sociale situaties. In het begin wordt gekozen voor situaties die relatief eenvoudig zijn, die herkenbaar zijn voor de patiënt en zich liefst recent hebben voorgedaan, maar ook urgent en actueel zijn. De therapeut houdt in de gaten of bepaalde situaties worden vermeden. Om patiënten minder huiverig te maken hoeft het rollenspel niet expliciet te worden ingeleid maar kan het ook gewoon beginnen (Th: Oké, ik ben de buurvrouw. Zeg luister eens, ik zou graag wat van je lenen...). Het oefenen met de probleemsituatie aan de hand van een rollenspel gaat dan als volgt:

1. Situatieverduidelijking
2. Reconstructie van de probleemsituatie
3. Checken op juistheid van hoe de situatie verliep
4. Commentaar van de patiënt (inclusief de beleving)
5. Feedback van de therapeut (bekrachtigend en reëel, met nadruk op de dingen die goed gingen)
6. Selectie van alternatief gedrag (eventueel met behulp van rolomdraaiing; het verband tussen eigen, non-verbaal, gedrag en reacties van de ander worden steeds benadrukt)
7. Inoefenen van alternatief gedrag.

Het huiswerk voor de patiënt bestaat in sessie 5-8 uit:

1. Registreren van activiteiten
2. Plannen en uitvoeren van activiteiten
3. Probleemsituaties bijhouden
4. Toepassen van het geleerde in de praktijk

De therapeut maakt notities van probleemsituaties van de patiënt die als eventuele oefensituatie kunnen dienen en houdt bij welke vaardigheden nog oefening vragen.

In het tweede gedeelte van de therapie (sessie 9-16) ligt de nadruk op cognities. De activiteiten uit de vorige sessies worden als huiswerk voortgezet. Bij het toepassen van cognitieve therapie wordt een viertal opeenvolgende fasen onderscheiden. In fase 1 wordt de rationale van cognitieve therapie gepresenteerd; in fase 2 staat de identificatie van automatische negatieve gedachten centraal; fase 3 betreft het uitdagen van automatische gedachten en het formuleren van rationele gedachten; in fase 4, tenslotte, worden depressogene assumpties opgespoord en veranderd. Wanneer een fase voldoende is uitgewerkt wordt overgegaan naar de volgende fase. Daarbij kan globaal de volgende indeling worden aangehouden.

In sessie 9-10 wordt de rationale van de cognitieve benadering uitgelegd: het verband tussen gedachten, gedrag en gevoelens, de cognitieve triade (de negatieve kijk van depressieve mensen op zichzelf, de omgeving en de toekomst) en automatische gedachten. Gezocht wordt naar voorbeeldsituaties waarin de stemming daalde. Het dagboekformulier wordt toegelicht aan de hand van een voorbeeld. Op het dagboekformulier worden situaties die een onplezierig gevoel gaven uitgewerkt; de situatie wordt beschreven, de automatische gedachte(n) die met dit gevoel te maken hadden, de geloofwaardigheid van deze gedachte(n) en het onplezierige gevoel worden uitgewerkt. Patiënt en behandelaar kijken of deze gedachten ingepast kunnen worden in het cognitieve model. In sessie 9-10 bestaat het huiswerk uit:

- Doorlezen van de rationale
- Invullen van de dagboekformulieren
- Opsporen van automatische gedachten

In sessie 11 begint het uitdagen van automatische gedachten en het interpreteren en evalueren van de uitdaging in het bewijsmateriaal. Bij interpretatie is de uitdaging gericht op het bewijsmateriaal voor dan wel tegen de interpretatie. Bij evaluatie is de uitdaging gericht op het vaak absolute en dysfunctionele karakter van de depressogene evaluatie.

Vervolgens worden rationele gedachten geformuleerd. Rationele gedachten die de automatische gedachten zullen gaan vervangen worden tegenover de oorspronkelijke automatische gedachten geplaatst om de geloofwaardigheid ervan aan te tonen. Het scoren en herscoren van de mate van geloofwaardigheid van de alternatieve gedachte kan helpen hieraan geloof te hechten. Als de geloofwaardigheid van de alternatieve

gedachte is vastgesteld wordt de oorspronkelijk gedachte opnieuw gescoord. Ook het gevoel naar aanleiding van de rationele gedachte in deze situatie wordt opnieuw benoemd en gescoord, en het oorspronkelijke gevoel wordt opnieuw gescoord.

In sessie 12 wordt in het uitdagen van gedachten meer nadruk gelegd op het formuleren van alternatieve gedachten, die meer of minstens evenveel recht doen aan de gebeurtenissen waarvan de patiënt dagboeknotities heeft gemaakt. In dit stadium wordt op directe wijze een verandering nagestreefd, een cruciaal onderdeel van de therapie. Met het uitdagen leert de patiënt onderscheid te maken tussen de objectieve werkelijkheid en zijn negatieve, subjectieve waarneming van die werkelijkheid.

Eventueel kunnen gedachten middels een gedragsexperiment op geldigheid worden onderzocht. In de alternatieve gedachte kan een weerlegging van de gebruikelijke denkfout van de patiënt worden opgenomen. Als huiswerk bij sessie 12 worden de dagboekformulieren volledig ingevuld. Eventueel wordt een gedragsexperiment opgesteld. Huiswerk voor de therapeut na 12 sessies bestaat uit het categoriseren van de genoemde automatische gedachten, ter voorbereiding op sessie 13. De therapeut benut hiertoe terugkerende thema's in dagboeknotities van de patiënt, frequent gebruik van bepaalde woorden, beoordelingen van anderen (en daarmee van zichzelf), invloed van jeugdherinneringen, gezinsteel en dergelijke.

In sessie 13-15 begint het opsporen en veranderen van depressogene assumpties. Aan de hand van het overzicht van de aan de orde gekomen automatische gedachten wordt gezocht naar een gemeenschappelijke noemer, die de basale assumpties of leefregels van de patiënt weergeeft. Vervolgens worden de depressogene assumpties uitgedaagd. Na het opsporen van deze assumpties worden deze gezien als hypothesen die getoetst moeten worden. Nadat het arbitraire karakter van de assumptie is aangetoond wordt de beleving dat deze toch waar lijkt te zijn als een slechte en onhandige gewoonte beschouwd, die is af te leren. De patiënt moet tot zich laten doordringen te leven volgens de in de sessie geformuleerde arbitraire leefregels en moet stil staan bij de momenten waarop hij of zij zichzelf betrapt te handelen vanuit deze assumpties. Deze fase is belangrijk ter voorkoming van terugval.

In sessie 16 evalueren therapeut en patiënt de therapie. Hoe kan de patiënt nu omgaan met negatieve gevoelens? Als zowel patiënt als therapeut het gevoel hebben dat de behandeling voldoende was dan wordt deze afgesloten. Eventueel wordt gekeken wat de mogelijkheden zijn voor een vervolgbehandeling.

Monitoring en behandel-evaluatie

Door middel van huiswerkopdrachten vindt bij elke zitting evaluatie van de behandeling plaats. Eindtermen zijn het verdwijnen of verbeteren van de depressieve klachten en voldoende realisering van de haalbare, door de patiënt gestelde concrete doelen.

De therapeut dient met name bij patiënten met ernstige klachten nauwgezet de veranderingen in klachten te volgen, bijvoorbeeld middels de Beck Depression Inventory (BDI) of de Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS). Op welk moment een eerste verbetering bereikt moet zijn is niet vermeld in de literatuur. Als vuistregel kan worden overwogen om bij een patiënt die na zes weken geen enkele vooruitgang heeft geboekt naast de cognitieve gedragstherapie met medicamenteuze behandeling te starten (als vuistregel bij een HDRS-score hoger dan 18) (Nolen & Hoogduin, 1992; Boelens, 1997).

Behandelduur en -frequentie

In het behandelprotocol worden 16 sessies voorgeschreven van 45-60 minuten (Boelens, 1997). Meest gangbaar is de sessies wekelijks te laten plaatsvinden, eventueel vanaf sessie 12 of 13 kan de behandelduur verlengd worden door de frequentie te verlagen tot eens per twee weken. In het protocol wordt opgemerkt dat het gedragstherapeutische gedeelte (uitbreiden van activiteiten en verbeteren van sociale vaardigheden) eventueel versneld kan worden doorlopen.

Evidentie

Cognitieve gedragstherapie is de meest toegepaste en onderzochte psychologische behandeling van depressie (Boelens, 1990). De effectiviteit van cognitieve therapie is

aangetoond, zowel op korte termijn (na 12-16 sessies) als op lange termijn (na 6-12 maanden).

Cognitieve gedragstherapie is werkzaam bij milde en matige vormen van depressie. Het effect bij zeer ernstige depressies is onvoldoende onderzocht. Groepsgewijze cognitieve gedragstherapie werkt even goed als individuele behandeling (Schoemaler et al., 2002).

In vergelijking met antidepressiva werkt cognitieve gedragstherapie even goed bij milde en matige vormen van depressie, hoewel er aanwijzingen zijn dat cognitieve combinatiebehandeling van cognitieve gedragstherapie en antidepressiva het effect vergroot (Schoemaker et al., 2002).

Randvoorwaarden

Cognitieve gedragstherapie dient te worden gegeven door een geregistreerd cognitief-gedragstherapeut.

Referenties

- Boelens, W. (1990). *Cognitieve gedragstherapie bij depressie*. Academisch proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen.
- Boelens W (1997). Protocollaire behandeling van depressieve patiënten: Cognitieve gedragstherapie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, C.A.L. Hoogduin (Red.). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. (pp. 15-42). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nolen, W.A., Hoogduin C.A.L. (Red.) (1998). *Behandelingsstrategieën bij depressie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schoemaker CG, Rigter HGM, Graaf R de, Cuijpers P (Red) (2002). Hoofdstuk 4. Depressie. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Utrecht: Bureau NMG. Trimbos-instituut.