

MICHELLE CRASKE

COGNITIEVE
GEDRAGSTHERAPIE
IN DE PRAKTIJK



HOGREFE



Cognitieve gedragstherapie in de praktijk

Michelle Craske

Inhoud

1	Inleiding	7
2	Geschiedenis	11
3	Theorie	21
4	Het therapeutisch proces	51
5	Evaluatie	105
6	Toekomstige ontwikkelingen	117
7	Samenvatting	125
	Aanbevolen literatuur	129
	Literatuur	131

1 Inleiding

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een behandelvorm die gekenmerkt wordt door kortdurende, probleemgerichte interventies. De cognitieve en gedragsmatige interventiestrategieën zijn gebaseerd op de wetenschappelijke kennis en theorievorming over leren en cognitie. Zowel de ontwikkeling van de behandeling als de evaluatie van de therapie van CGT heeft een sterke empirische basis. Bij CGT wordt gewerkt met gedrags- en cognitieve interventies. Het doel van gedragsinterventies is het verminderen van disfunctioneel gedrag en het versterken van adaptief of gewenst gedrag. Dit wordt enerzijds bereikt door de antecedenten en de gevolgen van het ongewenste gedrag te veranderen, en anderzijds door gedragsoefeningen, die leiden tot nieuwe leerervaringen. Voorbeelden van gedragsinterventies zijn gedragsactivatie bij depressie, probleemoplossende interventies bij stressmanagement, en ontspanningsoefeningen en systematische blootstelling (*exposure*) aan beangstigende situaties bij angststoornissen. Cognitieve interventies zijn gericht op de verandering van disfunctionele gedachten, zelfbeoordelingen en overtuigingen. Eerst wordt vastgesteld welke disfunctionele veronderstellingen een onjuiste beoordeling van een situatie veroorzaken. Vervolgens worden die disfunctionele gedachten ter discussie gesteld, met rationele argumenten of door logisch redeneren. Door middel van gedragsoefeningen wordt informatie verzameld waarmee verkeerde veronderstellingen kunnen worden ontkracht en nieuwe, functionelere overtuigingen kunnen worden aangeleerd. De combinatie van deze gedrags- en cognitieve interventies blijkt effectief te zijn bij verschillende psychische klachten en stoornissen, zoals angststoornissen, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, stoornissen gerelateerd aan middelemisbruik, eetstoornissen, pijnbeheersing, relatieproblemen en bepaalde aspecten van psychose. CGT wordt dan ook beschouwd als de therapie met de sterkste *evidence base* van alle psychosociale therapieën (Roth & Fonagy, 1996). De wortels van CGT liggen in de klassieke en operante conditionering of leertheorie. Binnen deze theorieën lag de nadruk op de sturing van vrijwillig gedrag door bekrachtigende of bestraffende gevolgen (zoals de positieve, bekrachtigende effecten van euforie na drugsgebruik) en op geconditioneerde reacties door de associatie met een indringende gebeurtenis (zoals de ontwik-

keling van rijangst na een auto-ongeluk). In de conditionerings- of leertheorieën was er weinig aandacht voor de rol van overtuigingen en gedachten als determinanten van gedrag of emoties, hoewel volgens deze theorieën ook gedachten als een vorm van gedrag kunnen worden beschouwd en daarmee aan dezelfde regels van bekrachtiging en conditionering onderworpen kunnen worden.

De ontevredenheid over de uitsluitend op gedrag gerichte uitgangspunten van de leertheorieën nam na verloop van tijd toe. Tegelijkertijd groeide de interesse in cognitieve principes, aangewakkerd door de sociale leertheorie. Daardoor werd er steeds meer belang gehecht aan de inhoud van veronderstellingen en het onderliggende systeem van overtuigingen over het zelf en de omgeving als determinanten van emotie en gedrag. Deze cognitieve beweging kreeg ook meer steun dankzij ontwikkelingen in de operante en klassieke conditioneringstheorieën, wat leidde tot de erkenning van cognitie als een potentieel mediërende factor in leren.

Op deze manier transformeerde gedragstherapie in cognitieve gedragstherapie. De wetenschappelijke houding ten aanzien van behandeling bleef, maar het doel van de interventies werd uitgebreid. Naast het aanpassen van gedrag was behandeling ook gericht op het wijzigen van oordelen en overtuigingen. Onafhankelijk van de opkomst van de cognitieve therapie vonden ontwikkelingen plaats in de cognitieve psychologie, onder meer op het gebied van informatieverwerking. Zoals in dit boek wordt beschreven heeft die ontwikkeling geleid tot vragen over de veronderstelde mechanismen die aan cognitieve therapie ten grondslag liggen. Deze vragen hebben er mede toe geleid dat er recentelijk een 'derde golf' is ontstaan, die weer meer nadruk legt op de gedragsmatige uitgangspunten en minder op de inhoud van cognities.

In de klinische praktijk verschillen therapeuten in de mate waarin ze werken volgens gedragsmatige of cognitieve principes en interventiestrategieën. Sommige therapeuten zijn meer gefocust op gedrag en bekijken cognities vanuit een gedragsmatig perspectief. Zij leggen meer nadruk op de functie van gedachten en overtuigingen, en minder op de inhoud. Dit laatste is typerend voor de 'derde golf'-therapieën. Een voorbeeld is de acceptatie en commitmenttherapie, een behandelingsvorm waarvoor gedragstherapie wellicht een betere typering zou zijn dan CGT. Andere therapeuten volgen een integratieve benadering en combineren gedragsmatige principes en interventies met cognitieve uitgangspunten en methoden. Weer anderen zijn meer cognitief georiënteerd en zien de inhoud van cognities als de drijvende kracht achter alle gedrag en emoties, en dus als het belangrijkste aandachtspunt in therapie. Deze laatste benadering wordt meestal cognitieve therapie genoemd. Cognitieve therapeuten gebruiken echter ook gedragsmatige instrumenten om disfunctionele cognities te weerleggen of ter discussie te stellen. Daarom is het moeilijk, zo niet onmogelijk, om een duidelijke grens te trekken tussen

cognitieve therapie en CGT. Gedragstherapieën die minder nadruk leggen op de inhoud van cognities kunnen misschien makkelijker worden onderscheiden van CGT, maar ook hier is de scheiding soms lastig aan te brengen. Bij gedragstherapeutische interventies die gebaseerd zijn op de operante leertheorie kunnen gedachten bijvoorbeeld worden gezien als determinanten van gedrag. Als verbale uitspraken leiden tot disfunctioneel gedrag, is behandeling erop gericht deze uitspraken te vervangen door andere uitspraken die leiden tot functioneler gedrag. Er is dus sprake van een overlap tussen de gedragsstrategieën en cognitieve strategieën.

Ook al werken cognitief en gedragsmatig georiënteerde therapeuten vanuit andere ideeën over behandeling en therapie, ze kunnen dus wel degelijk dezelfde interventies gebruiken. Dit is mogelijk omdat het therapeutische effect na een interventie zowel vanuit de gedragsmatige als de cognitieve theorie kan worden verklaard. Het effect van exposure aan een beangstigende situatie wordt bijvoorbeeld door de gedragstheorie verklaard aan de hand van uitdoving van geconditioneerde angstreacties. Volgens de cognitieve theorie wordt aan de hand van diezelfde exposure-methode informatie verzameld die onjuiste opvattingen over gevaar weerlegt.

Ondanks deze verschillen in aandacht voor meer gedragsmatige of cognitieve uitgangspunten zijn er ook verbindende elementen in CGT: de empirische basis, het leunen op kennis en theorie over gedrag en cognitie, en de probleemgerichte aanpak. Ongeacht of de focus ligt op cognitieve of juist gedragsmatige uitgangspunten, de CGT-therapeut streeft ernaar om disfunctionele gedragingen, gedachten en emoties te vervangen door functionele. De behandelaar bereikt dit doel door continu de effectiviteit van interventies te evalueren en deze eventueel aan te passen, als dit nodig is voor het bereiken van een optimaal resultaat.

CGT is een veelgebruikte therapie. Uit een aselechte steekproef van 591 leden van de American Psychological Association bleek dat 45,4% aangaf CGT als theoretisch uitgangspunt te hanteren (Stewart & Chambless, 2007). Dit is het hoogste percentage in vergelijking met andere theoretische oriëntaties, waaronder psychodynamische therapie (21,9%), eclecticische therapie (19,8%), humanistische/experientiële therapie (4,4%), systemische therapie (3,9%) en overige benaderingen (4,6%). Er zijn echter ook therapeuten die ervan uitgaan dat ze CGT aanbieden, maar mogelijk hun kwaliteiten in het aanbieden van deze therapiebenadering overschatten (Brosan, Reynold & Moore, 2007; 2008). Uit evaluaties van cliënten blijkt dat deze therapeuten vaak niet de kenmerkende CGT-elementen aanbieden (Stobie, Taylor, Quigley, Ewing & Salkovskis, 2007). Deze tekortkomingen zijn wellicht ontstaan doordat ze onvoldoende training in CGT hebben genoten. In de VS werd bij opleidingen in psychiatrie, psychologie en sociaal werk de kwaliteit van onderwijs in empirisch gebaseerde psychotherapieën onderzocht, die voor een groot deel

uit CGT betreffen (Weismann et al., 2006). Slechts 17,8% van de trainingsprogramma's bood zowel didactische als klinische supervisie training voor empirisch gebaseerde behandelingen. Opmerkelijk was dat de beste training werd geboden door psychiatrieopleidingen, vermoedelijk omdat CGT onderdeel uitmaakt van de accreditatiecriteria van psychiatische opleidingsprogramma's. Dergelijk eisen bestaan in de VS niet voor opleidingen op het gebied van psychologie of sociaal werk. Een gebrek aan CGT-competentie, zelfs onder zelfverklaarde CGT-therapeuten, kan daarnaast ook veroorzaakt zijn door de grote nadruk op training in *CGT-procedures*, wat ten koste gaat van de training in *CGT-principes*. Deze disbalans komt wellicht voort uit de standaardisatie van CGT-interventies voor diverse problemen. Hoewel standaardisatie een positieve ontwikkeling is, die empirische evaluatie van CGT vergemakkelijkt en de verspreiding van CGT stimuleert, kan ze er onbedoeld voor hebben gezorgd dat er meer aandacht is voor procedures dan voor principes. Een goed begrip van de principes die aan CGT ten grondslag liggen, wat dit boek wil bevorderen, is noodzakelijk om CGT-procedures optimaal toe te snijden op de problemen die zich voordoen.

Desondanks is CGT ook in de handen van minder ervaren therapeuten een heel effectieve aanpak – nog een belangrijke reden waarom CGT de meest evidence-based psychotherapeutische behandeling is (Roth & Fonagy, 1996). Geheel in lijn met de evidence-based beweging wordt CGT daarom aanbevolen door de American Psychological Association (APA, 2005). Bewezen effectieve behandelprincipes moedigen therapeuten aan om hun klinische expertise te combineren met een wetenschappelijke onderbouwing. Om de verspreiding van evidence-based principes te stimuleren, is er informatie gepubliceerd over behandelingen die effectief zijn voor specifieke problemen door de Division 12 (APA) Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995), geactualiseerd door Chambless en Ollendick in 2001, en de Task Force on Effective Psychosocial Interventions: A Lifespan Perspective (Spirito, 1999). De meerderheid van de empirisch onderbouwde behandelingen die in deze publicaties worden geciteerd, zijn cognitieve therapieën en gedragstherapieën, gezamenlijk CGT genoemd.

2 Geschiedenis

De geschiedenis van cognitieve gedragstherapie (CGT) begint met de sterke gedragsmatige oriëntatie in de jaren vijftig tot zeventig. De groei van cognitieve therapie in de jaren zestig werd gevolgd door de integratie van cognitieve en gedragsmatige benaderingen in de jaren tachtig. Momenteel is er sprake van een derde golf van gedragstherapieën, die een benadering vertegenwoordigen waarin minder nadruk wordt gelegd op de inhoud van cognities en juist meer op de functie van cognitie.

Oorsprong

De eerste helft van de twintigste eeuw werd gedomineerd door de 'niet-wetenschappelijke' psychoanalytische benadering van therapie. Als reactie hierop werden de principes van de leertheorie geformuleerd, die uitgroeiden tot een nieuwe, wetenschappelijke benadering van de conceptualisatie, diagnose en behandeling van psychische stoornissen. Die nieuwe benadering was gedragstherapie. Levis (1999) stelde:

'De beweging van de gedragstherapie identificeerde zich met het experimentele werkveld van leerprocessen, dat reeds over een database, een gemeenschappelijke taal en een richting gevende wetenschapsfilosofie beschikte. Door de nadruk te leggen op het belang van operationalisatie van begrippen en procedures, en gedreven door een sterke overtuiging van het belang van assessment en onderzoek, hoopten betrokkenen de bestaande chaos in de geestelijke gezondheidszorg te verkleinen. Daartoe ontwikkelden ze nieuwe behandeltechnieken en beoordelingsprocedures, gebaseerd op gevestigde en gedocumenteerde leer- en gedragsprincipes' (p. 157).

Twee leertheorieën waren bepalend voor de ontwikkeling van de gedragstherapie: klassieke conditionering en operante conditionering. Kort samengevat is klassieke conditionering, die meestal geassocieerd wordt met Pavlov (1927), gebaseerd op een prikkel of stimulus uit de omgeving die automatisch leidt tot een reflexieve respons. Bij fysieke bedreiging door een andere persoon

wordt bijvoorbeeld een reflexieve reactie van angst opgeroepen. Een aangeboren stimulus, die de ongeconditioneerde stimulus (*unconditional stimulus*, US) wordt genoemd, zorgt dus voor een reflexmatige reactie, die de ongeconditioneerde respons (*unconditional response*, UR) wordt genoemd. Een prikkel die voorheen neutraal was kan een geconditioneerde stimulus (*conditional stimulus*, CS) worden als deze prikkel herhaaldelijk wordt gekoppeld aan de US. Deze CS lokt dan een geconditioneerde respons (*conditional response*, CR) op, die gelijk is aan de originele UR. Bijvoorbeeld: als een gevolg van een verkeersongeluk (US) en de angst en pijn die daarop volgden (UR) kunnen auto's (CS) een signaal worden voor mogelijke ongelukken. Auto's kunnen daardoor een geconditioneerde angstreactie (CR) oproepen. Auto's worden gekoppeld aan angst. Die angst kan zelfs automatisch worden opgeroepen, zonder dat er een bewuste inschatting wordt gemaakt van mogelijk gevaar. De klassieke conditioneringstheorie gaat ervan uit dat geleerde associaties tussen neutrale en aangeboren stimuli een verklaring zijn voor onze emoties en gedrag. Klassieke conditionering werd en wordt nog steeds gebruikt in de psychopathologie en behandeling van onder meer stoornissen die te maken hebben met emoties (zoals angststoornissen), verslavingen en sommige seksuele stoornissen.

Operante conditionering werd geïntroduceerd door Thorndike (1898) en verder uitgebreid door Skinner (1938). De theorie over operante conditionering stelt dat veranderingen in gedrag worden veroorzaakt door de gevolgen van dat gedrag. Deze leertheorie is meer van toepassing op vrijwillig gedrag, dan op automatisch of reflexmatig gedrag. Gedrag wordt vrijwillig 'gekozen' op basis van verwachte gevolgen. Operant gedrag wordt in stand gehouden door de gevolgen. Een individu gebruikt bijvoorbeeld steeds vaker drugs door de belonende of bekrachtigende euforie, of door de verlichting van negatieve emoties, ook al is die slechts tijdelijk. Door de bekrachtigende werking van de euforie of de verlichting neemt de kans toe dat die persoon in de toekomst opnieuw drugs gebruikt. Het uitgangspunt bij operante conditionering is dat gedrag wordt gekozen en gevormd onder invloed van alle positieve en negatieve gevolgen van dat gedrag. De principes van operante conditionering zijn toegepast op een grote groep stoornissen of afwijkend gedrag, zoals verslavingen, externaliserende gedragsproblemen, pijnbeheersing en bepaalde aspecten van psychose.

De vertaling van theorie naar behandeling verliep voor deze twee leertheorieën niet op dezelfde manier. Pavlov en zijn collega's hielden zich niet bezig met de therapeutische mogelijkheden van klassieke conditionering. Watson en Rayner (1920) waren de eersten die klassieke conditionering toepasten. Zij demonstreerden de conditionering van angst bij de jonge 'Albert'. Mary Cover Jones (1924) ontwikkelde op basis van de leertheorie methoden om angst te verminderen bij kinderen. Toch zorgden hun werk en dat van Pavlov en zijn collega's niet voor verandering in de klinische praktijk van die

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de meest toegepaste therapievorm in de geestelijke gezondheidszorg. De gecombineerde aanpak van irrationele gedachten en disfunctioneel gedrag is een bewezen effectieve behandelmethodede voor uiteenlopende klachten, problemen en stoornissen: van depressie en angststoornissen tot verslavingsproblematiek en eetstoornissen. De indrukwekkende resultaten van deze probleemgerichte benadering zorgen voor enthousiasme bij zowel therapeuten als cliënten.

Cognitieve gedragstherapie in de praktijk maakt duidelijk waarom deze therapievorm zo populair is. Na een beknopt overzicht van de manier waarop theorieën over gedrag en cognitie zijn samengekomen in CGT, bespreekt Michelle Craske de empirische basis, het therapieproces en de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en therapeut. Ook besteedt zij ruime aandacht aan diverse interventies en verandermechanismen, zoals exposure, zelfmonitring, gedragsactivatie en relaxatie. Casussen met uitgewerkte dialogen illustreren vervolgens de praktische toepassing bij verschillende klachten en cliënten. Tot slot staat Craske stil bij de toekomst van CGT, met aandacht voor derde-generatie gedragstherapie als ACT, dialectische gedragstherapie en mindfulness.

Dit beknopte en zeer goed geschreven boek is van onschatbare waarde voor iedereen die geïnteresseerd is in bewezen effectieve psychologische behandelmethoden.

David Barlow, hoogleraar psychologie en psychiatrie aan de Universiteit van Boston

Cognitieve gedragstherapie in de praktijk is de negende uitgave in de succesvolle serie *In de praktijk*. Het biedt zowel behandelaren als zij die daarvoor in opleiding zijn een helder overzicht van de theorie en praktijk van deze effectieve en *evidence based* therapievorm.

Michelle Craske is hoogleraar psychologie en psychiatrie en directeur van het *Anxiety Disorders Behavioral Research Center* van de Universiteit van Californië, Los Angeles. Ze heeft talloze gezaghebbende publicaties over de behandeling van angst, fobieën en depressie op haar naam staan.

ISBN 978-9079729586



HOGREFE

