

**Cognitieve therapie**  
de basisvaardigheden

**Erik ten Broeke**  
**Colin van der Heiden**  
**Steven Meijer**  
**Hananja Hamelink**

**Boom, Amsterdam**

© 2008 E. ten Broeke, p/a Boom, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission from the publisher.

1<sup>e</sup> druk 2004

2<sup>e</sup> druk 2008

2<sup>e</sup> druk, 4<sup>e</sup> oplage 2013

Vormgeving omslag: Eelko van Iersel, [www.eelkovaniersel.nl](http://www.eelkovaniersel.nl)

Verzorging binnenwerk: Nico Buitendijk, [www.imagerealize.nl](http://www.imagerealize.nl)

Drukwerk: Drukkerij Wilco, Amersfoort

ISBN 978 90 8506 599 9

NUR 777

[www.boompsychologie.nl](http://www.boompsychologie.nl)

[www.ct-basisvaardigheden.nl](http://www.ct-basisvaardigheden.nl)

# Inhoud

Voorwoord .....	VII
1. Cognitieve therapie; een inleiding .....	1
2. De globale structuur en principes van Becks cognitieve therapie .....	13
3. Casusconceptualisatie en behandelplan .....	31
4. De socratische methode en het gedachteschema .....	65
5. Gedragsexperimenten .....	99
6. Specifieke cognitieve technieken .....	121
7. De cognitieve theorie en de werkzaamheid van cognitieve therapie nader beschouwd .....	157
Literatuur .....	171
Bijlagen:	
Informatie voor cliënten .....	177
Werkbladen .....	199
N = 1 studie .....	212
Over de auteurs .....	267
De bijlagen zijn digitaal beschikbaar via <a href="http://www.ct-basisvaardigheden.nl">www.ct-basisvaardigheden.nl</a>	

# Voorwoord

De in 2004 verschenen uitgave *Cognitieve therapie: de basisvaardigheden* was bedoeld als een praktische handleiding voor het (leren) uitvoeren van een aantal basale cognitieve technieken en interventies. Het boek bleek in een behoefte te voorzien. Het aantal ongewijzigde herdrukken in de loop van de afgelopen vier jaar getuigt hiervan.

Deze herziene versie van *Cognitieve therapie: de basisvaardigheden* is qua opbouw niet drastisch veranderd. Inhoudelijk zijn er daarentegen verschillende zaken gewijzigd. Bepaalde reeds bestaande teksten zijn aangescherpt en de bijlagen zijn verbeterd. Daarnaast zijn er een nieuw hoofdstuk en een volledige N = 1 studie toegevoegd.

Het nieuwe (zevende) hoofdstuk: *'De cognitieve theorie en de werkzaamheid van cognitieve therapie nader beschouwd'*, biedt niet zozeer nieuwe praktische handvatten maar plaatst cognitieve therapie in een theoretisch, wetenschappelijk perspectief. Daarbij is er naar gestreefd de link tussen theorie en praktijk zodanig te benadrukken dat duidelijk wordt dat cognitieve therapie inmiddels stevig is verankerd in de wetenschappelijke psychologie.

De N = 1 studie is opgenomen om lezers een beeld te geven hoe vanuit de in hoofdstuk 3 beschreven *cognitieve casusconceptualisatie* een cognitieve (gedrags)therapie kan worden opgezet en uitgevoerd. Deze studie kan dienen als voorbeeld bij het schrijven van een 'cognitieve N = 1' in het kader van de opleiding tot gedragstherapeut.

Hetgeen in de inleiding van de eerste uitgave wordt vermeld geldt overigens onverkort voor deze herziene editie. Net als toen houden wij ons aanbevolen voor feedback uit de praktijk, een praktijk die veelal weerbarstiger is dan waaraan in geschreven tekst recht kan worden gedaan.

Erik ten Broeke, Colin van der Heiden, Steven Meijer en Hananja Hamelink.  
Deventer, 2008.

# Cognitieve therapie; een inleiding



## 1.1 Opkomst cognitieve therapie

Eind jaren vijftig, begin jaren zestig kregen psychologen steeds meer aandacht voor de rol van cognities bij het ontstaan en de instandhouding van psychische klachten. De ontoereikende effecten van de psychoanalyse, alsmede het schijnbare tekortschieten van het gedragstherapeutische conditionerings- of leermodel ten aanzien van complexe problematiek vormden hiervoor aanleiding. Het nieuwe uitgangspunt was de veronderstelling dat psychopathologie voortkomt uit de wijze waarop mensen informatie selecteren, interpreteren en verder verwerken.

In de eerste jaren hierna was cognitieve therapie nog een verzamelnaam voor verschillende vormen van psychotherapie, waarbij het wijzigen van lastige, irrationele, negatieve of disfunctionele cognities centraal kwam te staan. De belangrijkste therapievormen binnen deze stroming zijn de rationeel-emotieve therapie (RET) van Albert Ellis (Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977) en de cognitieve therapie van Aaron Beck (1964; 1976).

Ellis (1962) ging ervan uit dat psychopathologie het resultaat is van een beperkt aantal irrationele opvattingen die met name verworven zijn door opvoeding en maatschappelijke invloeden. Binnen de RET worden vier basisvormen van irrationele opvattingen onderscheiden: de 'ik moet-gedachten' (*musturbation*), de 'verschrikkelijkingen' (*awfulizing*), de 'ik-kan-er-niet-tegens' (*I can't stand it-itis*) en veroordelingen van de eigen persoon of anderen (*self-damning*). Door irrationele gedachten op te sporen en te onderzoeken op rationaliteit, wordt getracht de cliënt een meer rationele denkwijze aan te leren. De therapeut heeft hierbij een actieve en directieve rol. Hij of zij stelt de opgespoorde gedachten van de cliënt nadrukkelijk ter discussie.

Beck hanteerde als uitgangspunt voor zijn cognitieve theorie dat psychopathologie het gevolg is van systematische vertekeningen in de wijze waarop informatie geselecteerd en verwerkt wordt tot betekenissen. Deze vertekeningen zijn het gevolg van raadpleging van eerder in het geheugen opgeslagen kennis en beïnvloeden de informatieverwerking in het heden. Door deze vertekeningen interpreteren mensen situaties in het hier en nu disfunctioneel, wat leidt tot emotionele problemen en/of lastig gedrag. Door de disfunctionele

gedachten op te sporen en op geloofwaardigheid te onderzoeken, wordt gepoogd de cliënt een functionelere denkwijze aan te leren. De therapeut speelt in dit proces de rol van onderzoeksleider, die de cliënt helpt zijn eigen gedachtegang te onderzoeken. In dit proces levert de cliënt zelf al het bewijsmateriaal voor of tegen zijn gedachtegang. De therapeut faciliteert het onderzoeksproces alleen maar, door uitleg te geven en vragen te stellen over de gedachten van de cliënt. Hij zal de gedachten nooit actief verwerpen of als onjuist brandmerken.

Hoewel deze twee therapievormen veel (theoretische) overlap vertonen is – zowel binnen het wetenschappelijk onderzoek als de klinische praktijk – de cognitieve therapie volgens de methode van Beck centraal komen te staan. Doordat Beck zich meer richtte op de beschrijving van specifieke disfunctionele denkpatronen bij verschillende vormen van psychopathologie en zijn theorie zo veel mogelijk ondersteunde met gegevens uit wetenschappelijk onderzoek, werd zijn theorie een dankbaar onderwerp voor cognitief-psychologisch onderzoek naar modellen van psychopathologie (Kindt & Arntz, 1999). Mede hierdoor werd de methode van Beck ook binnen de klinische praktijk het meest toegepast. Dit heeft ertoe geleid dat bij de ontwikkeling van specifieke cognitieve (gedragstherapeutische) behandelprotocollen vrijwel zonder uitzondering gebruik wordt gemaakt van de methode van Beck. In dit boek zal ook verder worden ingegaan op de theorie en de praktische toepassing van de cognitieve therapie volgens Beck, die kortweg als ‘cognitieve therapie’ zal worden aangeduid.

## 1.2 Plaatsbepaling

In de loop der jaren zijn de cognitieve therapie en de gedragstherapie steeds meer geïntegreerd tot cognitieve gedragstherapie. Dit komt onder meer tot uiting in de naamswijziging in 2003 van de Vereniging voor Gedragstherapie in Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT). De termen gedragstherapie, cognitieve therapie en cognitieve gedragstherapie worden in de vakliteratuur vaak min of meer willekeurig gebruikt. In de meeste gevallen betreft het dan therapievormen waarin zowel gedragstherapeutische als cognitieve technieken verwerkt zijn. Het onderscheid willen maken tussen cognitieve therapie en gedragstherapie doet dan ook enigszins kunstmatig aan, zeker gezien de overeenkomsten tussen beide therapievormen. Beide stromingen zijn – zo veel mogelijk – gebaseerd op empirisch onderzoek en volgen ook binnen een individuele therapie een wetenschappelijke aanpak,

door verklaringen voor probleemgedrag op te vatten als hypothesen die empirisch getoetst dienen te worden. Zowel gedragstherapie als cognitieve therapie richt zich op het wijzigen van concreet probleemgedrag. De behandelingen zijn gebaseerd op een duidelijke hypothese over het ontstaan en het voortduren van de problematiek. Op basis van deze hypothese wordt een concreet behandelplan geformuleerd (zie hoofdstuk 3). De behandelingen zijn in de regel kortdurend en verlopen gestructureerd en doelgericht. De therapeut en cliënt vormen samen een team dat het probleemgedrag onderzoekt en tracht te wijzigen. Doel is de cliënt te leren zijn probleemgedrag te vervangen door functioneler gedrag en/of anders met problemen om te gaan. Van de cliënt wordt bij dit veranderingsproces zelfwerkzaamheid verwacht, zowel tijdens de sessies als tussen de sessies in. In de periode tussen twee sessies voert de cliënt gerichte huiswerkopdrachten uit. Hieronder wordt een opsomming gegeven van de kenmerken van cognitieve therapie; zij vallen dus deels samen met de kenmerken van gedragstherapie.

Een belangrijk verschil met gedragstherapie is dat de nadruk op cognities ligt in zowel de theoretische opvattingen over psychopathologie als in de behandeling. Door het opsporen, onderzoeken, wijzigen en vervangen van disfunctionele gedachten door functionele alternatieven, worden probleemgedragingen en onderliggende opvattingen gewijzigd (Salkovskis, 1991; Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995; Wells, 1997).

### 1.3 Cognitieve therapie en cognitieve psychologie

De ontwikkeling van cognitieve theorieën over psychopathologie en van cognitieve therapie liep min of meer parallel met de ontwikkeling van de cognitieve psychologie.

Kenmerken van de cognitieve therapie:

- Cognities staan centraal;
- Probleemgericht: probleemgedrag is het uitgangspunt;
- Kortdurend: er wordt gebruikgemaakt van een beperkt aantal sessies, waarbij geldt: zo snel als kan, zo lang als nodig;
- Gestructureerd en doelgericht: volgens een afgesproken behandelplan wordt aan concrete doelen gewerkt. Het behandelplan is gebaseerd op een duidelijke (probleem)stelling/hypothese;
- Actiegericht: van de cliënt wordt zelfwerkzaamheid verwacht, zowel tijdens de sessies als tussen de sessies door bij het maken van huiswerk;

- Samenwerking: therapeut en cliënt vormen een team, waarbij de cliënt steeds meer de leidende rol dient te nemen;
- Wetenschappelijk karakter: cognities worden als te onderzoeken hypothesen opgevat, die op geloofwaardigheid getoetst worden, en behandelresultaten worden zo veel mogelijk objectief gemeten;
- Educatief: de therapeut leert de cliënt probleemsituaties anders te interpreteren en er anders mee om te gaan. Op deze wijze maakt de cliënt zichzelf vaardigheden eigen, die hij ook in de toekomst kan gebruiken in stressvolle situaties. De kans op terugval wordt hierdoor gereduceerd.

In tegenstelling tot het (radicale) behaviorisme, dat mentale processen als niet toegankelijk voor empirische toetsing beschouwt, houdt de cognitieve psychologie zich juist bezig met theorieën over mentale processen. Het onderwerp van studie is kennis die mensen hebben, de manier waarop mensen kennis verwerven en de wijze waarop kennis in het geheugen gerepresenteerd is (Arntz, 1997). Deze kennis kan zowel door zintuiglijke ervaring als door denken worden verworven\* De mens wordt binnen de cognitieve psychologie beschouwd als een informatieverwerkend systeem. ‘Informatieverwerking’ is de verwerving, de opslag en de reproductie van kennis (Arntz, 1997). De invloed van informatieverwerkingsprocessen op emoties, motieven, gedrag en fysiologische processen en vice versa vormt een belangrijk onderwerp in de cognitieve psychologie. In de informatieverwerking worden drie processen onderscheiden: waarneming, verwerking en geheugen (Arntz, 1997). Deze processen worden beïnvloed door de informatie zelf, de fysieke kenmerken van het mentale apparaat en de kennis die reeds in het geheugen is gerepresenteerd op basis van eerdere ervaringen. Deze reeds aanwezige kennis wordt verondersteld opgeslagen te zijn in zogenaamde ‘schema’s’, een centraal theoretisch construct binnen de cognitieve psychologie.

## 1.4 Schema’s, kernopvattingen en intermediaire opvattingen

Met schema’s worden geheugenstructuren aangeduid waarin relatief stabiele kennisrepresentaties opgeslagen zijn. Ze zijn in de loop van het leven gevormd op grond van (vooral) vroege ervaringen (Bartlett, 1932) als onderdeel van de normale cognitieve ontwikkeling. Rummelhart (1978) geeft een

---

\* Het Latijnse woord *cognitio* betekent ‘kennis die zowel door de zintuigen als door het verstand kan worden verworven’.



mooie omschrijving van het begrip ‘schema’: *‘Een schema is een soort informele, particuliere, onuitgesproken theorie over de aard van de gebeurtenissen, objecten of situaties waarmee we in aanraking komen. De verzameling schema’s waarover we beschikken om de wereld te interpreteren is in zekere zin onze persoonlijke theorie over de aard van de werkelijkheid.’*

De kennis die in schema’s is gerepresenteerd is niet louter talig van aard. Ook kennis in de vorm van visuele informatie, handelingen, ritme en lichamelijke sensaties is in de schema’s gerepresenteerd. Zo kan activering van het schema ‘eten’, naast het krijgen van gedachten over voedsel en restaurantbezoek, ook leiden tot beelden van, de geur van, en smaakassociaties met bijvoorbeeld een lekkere biefstuk. Niet alle kennis die in schema’s is gerepresenteerd is expliciet benoembaar. Veel kennis is onbewust en dus niet in woorden uit te drukken (Neisser, 1976). Zo heeft iedereen opvattingen over de wereld, zichzelf en anderen waarvan men zich over het algemeen niet bewust is, totdat ze doorbroken worden. Het betreft zogenoemde ‘impliciete kennis’ (tacit knowledge; Turvey, 1974).

Schema’s kunnen in meer of mindere mate actief zijn. Informatie van buitenaf maar ook mentale gebeurtenissen zoals bepaalde herinneringen of signalen uit het eigen lichaam kunnen een schema activeren, waardoor de daarin aanwezige informatie beschikbaar komt. Dit activeren gebeurt automatisch en vaak zonder dat we het ons bewust zijn.

Een eenvoudig voorbeeld kan dit verduidelijken:

*Anneke slaapt een nacht alleen thuis, omdat haar echtgenoot naar een tweedaags congres is. De stilte in huis valt haar ’s avonds als ze in bed ligt erg op. Als ze plots de trap hoort kraken, wordt ze erg bang. Bij bespreking van dit voorval komt naar voren dat ze het kraken van de trap toeschreef aan een mogelijke inbreker. De kennis – geluid in huis betekent inbreker – is opgeslagen in een schema dat gevormd is door informatie die in de loop van het leven is opgenomen. Interessant hierbij is, dat wanneer Annekes partner thuis is, ze minder gespitst is op geluiden in huis. Wanneer ze in dat geval toch een geluid waarneemt, dan schrijft ze dit toe aan andere zaken dan inbrekers, zoals de kat, de houten trap die kraakt of slecht weer. Blijkbaar vormt haar partner een inhiberende factor voor de beschikbaarheid van deze kennis. De afwezigheid van haar partner heeft het schema geactiveerd. Een krantenbericht over bijvoorbeeld een inbraak in de buurt kan het schema over inbrekers eveneens activeren.*

Binnen de cognitieve psychologie wordt ervan uitgegaan dat de informatieverwerking gestuurd wordt door de in de schema's gerepresenteerde kennis. Dit gebeurt op verschillende manieren. De schema's beïnvloeden welke informatie, uit de veelheid aan informatie die onze hersenen voortdurend via onze zintuigen bereikt, wordt waargenomen en welke wordt genegeerd. Een algemeen en voor velen herkenbaar voorbeeld is het herkennen van je naam als je in een drukke gelegenheid met iemand in gesprek bent. De overige omgevingsgeluiden worden genegeerd, maar van de eigen naam wordt men zich bewust. In het voorbeeld van Anneke komt dit naar voren doordat het geluid van de trap haar opviel, terwijl ze dit niet bewust waarneemt als haar echtgenoot thuis slaapt. Het alleen zijn heeft waakzaamheid opgeroepen, die leidt tot het bewust waarnemen van het geluid. Deze waarneming roept onder deze omstandigheden angst op.

Een voorbeeld:

*Rita wordt voor behandeling aangemeld in verband met depressieve klachten. Ze geeft aan alles somber in te zien en zich druk te maken om zaken waar ze, als ze zich beter voelt, geen aandacht aan schenkt. Ze vindt zichzelf niets waard en is van mening voor het ongeluk geboren te zijn. Ze beschrijft een situatie waarin haar echtgenoot haar wilde opfleuren met een bos bloemen. Rita ontdekte vrijwel meteen een geknakte bloem, wat maakte dat ze geen plezier meer beleefde aan de bloemen.*

Aan de geselecteerde informatie wordt vervolgens een betekenis toegekend (interpretatie) en deze wordt verwerkt tot nieuwe betekenissen (transformatie). Ook deze processen worden door de geactiveerde schema's gestuurd. Een algemeen voorbeeld is de gesprekspartner die geeuwt; zijn er negatieve opvattingen over de eigen persoon actief, dan wordt het geeuwen geïnterpreteerd als: zie je wel, ik ben saai. Zijn er positieve opvattingen werkzaam dan volgt wellicht de interpretatie: zo, hij heeft zeker slecht geslapen, of: wat onbeleefd om te geeuwen als we in gesprek zijn. De verschillende interpretaties leiden vanzelfsprekend tot verschillende gevoelens.

In het voorbeeld van Rita ging het als volgt:

*Rita rapporteerde normaal niet te geven om een geknakte bloem. Nu ze somber was, viel deze bloem haar meteen op en deed hij haar stemming verslechteren. Bij het zien van de bloem dacht ze: dat moet mij nou ook altijd overkomen, zelfs dit kan niet goed gaan. Zie je, ik ben echt voor het ongeluk geboren.*

Geactiveerde schema's beïnvloeden de informatie die we uit ons geheugen op kunnen halen. Zijn depressogene schema's geactiveerd, dan kan men zich makkelijker allerlei mislukkingen uit het verleden herinneren. Succeservaringen zijn dan moeilijker uit het langetermijngeheugen op te halen.

*Desgevraagd kon Rita zich meerdere situaties herinneren waarin er iets mis was of ging met een bos bloemen. Zo herinnerde ze zich een moederdag, waarbij ze een bos rozen van haar man liet vallen. Hieraan had ze ook gedacht toen ze de geknakte tak opmerkte, terwijl ze normaal nauwelijks dacht aan die situatie(s).*

De betekenis die aan de herinneringen wordt toegekend, wordt gestuurd door de op dat moment actieve schema's. Aan een herinnering kunnen dus op verschillende momenten verschillende betekenissen gegeven worden, afhankelijk van het op dat moment geactiveerde schema.

*Op moederdag werd de situatie met de bos bloemen die Rita ooit had laten vallen, geregeld gememoreerd. Ze kon er dan altijd om lachen, want het kan iedereen gebeuren en het was een komisch gezicht (betekenis). In haar huidige depressieve toestand beoordeelt Rita de situatie anders: zie je wel, ook toen al ging het mis. Ik ben het gewoon niet waard om een mooie bos bloemen te krijgen, want er gaat altijd wel wat mis.*

Ook gedrag wordt gestuurd door de schema's. Wanneer depressogene schema's zijn geactiveerd dan zal iemand andere acties ondernemen dan wanneer positieve schema's zijn geactiveerd.

*Rita heeft de bos bloemen weggegooid, omdat ze vond dat de lol er toch al van af was. Bij het bespreken van de situatie wist ze zich bij navraag ook situaties te herinneren waarin ze een bos bloemen ondanks een geknakte tak toch in een vaas had gezet en er plezier aan had beleefd. Gevraagd naar het verschil tussen die situaties en de huidige, gaf Rita aan op andere momenten te hebben gedacht: wat maakt die ene tak nu uit, die haal ik er gewoon uit. Voor de rest zijn het toch prachtige bloemen!*

Schema's ordenen en organiseren dus de waarneming, interpretatie en herinnering en geven richting aan het gedrag. Zonder schema's zou ons geheugen

bestaan uit losse herinneringen en gedachten, zonder onderling verband (Arntz, 1997). Elke ervaring, hoe vaak ook meegemaakt, zou als nieuw voor ons zijn, zonder dat er een verder strekkende betekenis aan gegeven zou worden. Schema's maken het mogelijk informatie te selecteren, op relevantie te beoordelen, te interpreteren en te categoriseren. Dat dit fundamenteel is voor het menselijk denken maakt Lakoff (1987, p. 5-6) prachtig duidelijk:

*'Categorization is not a matter to be taken lightly. There is nothing more basic than categorization to our thought, perception, action and speech. Every time we see something as a kind of thing, for example, a tree, we are categorizing. When we reason about kinds of things – chairs, nations, illnesses, emotions, any kind of thing at all - we are employing categories. Whenever we intentionally perform any kind of action, say something as mundane as writing with a pencil, hammering with a hammer, or ironing clothes, we are using categories (...). Without the ability to categorize, we could not function at all, either in the physical world or in our social and intellectual lives. An understanding of how we categorize is central to any understanding of how we think and how we function, and therefore central to understanding of what makes us human.'*

Schema's zijn dus normaal, functioneel en helpend. Ze worden in de loop van het leven gevormd als onderdeel van de cognitieve ontwikkeling. Echter, soms raken deze informatieverwerkingsprocessen systematisch vertekend of gaan ze mis. Dergelijke vertekeningen of fouten kunnen leiden tot psychische stoornissen (Beck, 1976). Het zijn deze vertekeningen of fouten waarop de cognitieve therapie zich richt.

Hierbij is het in eerste instantie noodzakelijk om iets meer te begrijpen van de inhoud van schema's. In het cognitieve model wordt zeer sterk de nadruk gelegd op die aspecten van een schema die in woorden zijn te beschrijven. We noemen dit 'opvattingen'.

De inhoud van schema's kan aldus worden onderverdeeld in *kernopvattingen*; fundamentele opvattingen over de eigen persoon, over anderen, over de wereld in het algemeen en over de toekomst, en in de daaruit voorkomende *intermediaire opvattingen*. De kernopvattingen vormen het meest fundamentele kennisniveau. Het betreft globale, rigide, onvoorwaardelijke en overgegeneraliseerde opvattingen, die door de persoon vrijwel kritiekloos als absolute waarheden worden beschouwd. Het zijn meestal uitspraken in de vorm van: ik ben ..., of: anderen zijn ... De intermediaire opvattingen vormen het tweede, minder fundamentele, kennisniveau. Ze zijn afgeleid van de kernopvattingen.

Er worden drie vormen onderscheiden, te weten de *conditionele opvattingen*, de *instrumentele opvattingen* en de *attitudes*. Conditionele opvattingen worden gekenmerkt door het 'als ... dan'-karakter. Instrumentele opvattingen hebben het karakter van regels en strategieën om negatieve ervaringen te vermijden en positieve te verkrijgen. Attitudes omvatten uitspraken met een evaluatief karakter, bijvoorbeeld: het is verschrikkelijk om ...

In hoofdstuk 3 worden deze begrippen nader uitgewerkt en toegelicht met voorbeelden. De nadruk zal daarbij liggen op de conditionele en instrumentele opvattingen als aangrijpingspunt bij de therapie en minder op de attitudes. Van belang is op te merken, dat de schema-inhoud zowel positief als negatief en zowel functioneel als disfunctioneel kan zijn. Aangezien psychopathologie in de regel niet wordt gekenmerkt door positieve en/of functionele cognities, worden in het navolgende negatieve en/of disfunctionele cognities kortweg aangeduid als gedachten of cognities.

De cognitieve behandeling richt zich op de systematische vertekeningen of fouten in het proces van redeneren die leiden tot psychische stoornissen. Het gaat om disfunctionele denkpatronen en niet om de incidentele negatieve of disfunctionele gedachten die iedereen wel eens heeft. Ten eerste moet worden voorkomen dat de cliënt de illusie krijgt nooit eens een negatieve of disfunctionele gedachte te mogen hebben (dat hoort nu eenmaal bij het leven); ten tweede moet de aandacht gericht blijven op de denkpatronen die de klachten uitlokken en in stand houden.

In het voorgaande werd aandacht besteed aan de rol van schema's en de daarin opgeslagen kern- en intermediaire opvattingen. Er is daarnaast nog een derde niveau waarop cognities kunnen worden beschreven: het niveau van de *automatische gedachten*. Automatische gedachten maken geen deel uit van de eerder beschreven schema's maar komen er wel uit voort. Aangezien cognitieve therapie begint bij de inventarisatie en bijstelling van deze automatische gedachten, wordt hieraan eerst aandacht besteed.

## 1.5 Automatische gedachten

Schema's beïnvloeden de informatieverwerking en daarmee de feitelijke woorden of beelden die in een specifieke situatie in iemand opkomen. Deze feitelijke woorden of beelden worden aangeduid met 'automatische gedachten'. Iedereen heeft automatische gedachten, als onderdeel van het normale cognitieve functioneren. De gedachten kunnen positief, neutraal of negatief

van inhoud zijn. Ze zijn aangeleerd en worden gekenmerkt door een bijna reflexmatig karakter, dat wil zeggen dat ze niet (meer) het resultaat zijn van een bewust denkproces op het moment dat de situatie zich voordoet. Een hondenfobicus bijvoorbeeld, ziet een hond en denkt automatisch: die gaat me bijten. Na veel ervaringen met eenzelfde situatie kan zelfs de gedachte niet meer bewust beleefd worden maar slechts het gevoel dat hiermee samenhangt. Na veelvuldig gedacht te hebben dat een hond gaat bijten, voelt een hondenfobicus bij het zien van een hond meteen angst en gaat hij 'automatisch' over tot actie, zonder nog bewust gedachten te ervaren. Automatische gedachten worden nagenoeg kritiekloos voor waar aangenomen, maar kunnen zowel waar als onwaar zijn. De behandeling richt zich in eerste instantie op het onderzoeken van de geldigheid van die gedachten. De kenmerken van automatische gedachten worden hieronder weergegeven in tabel 2 (zie ook Beck et al., 1979; Free, 2002).

Kenmerken van automatische gedachten:

- Iedereen heeft automatische gedachten;
- Ze kunnen zowel positief als neutraal of negatief zijn;
- Ze zijn sterk beïnvloed door leerervaringen;
- Ze komen heel snel en direct na een gebeurtenis op ('automatisch');
- Ze zijn beknopt en specifiek;
- Ze zijn niet het gevolg van zorgvuldige overdenking;
- Ze kunnen meer of minder waar zijn;
- Ze worden in de regel 'vanzelfsprekend' voor waar aangenomen.

Automatische gedachten beïnvloeden het gevoel en gedrag in specifieke situaties. Deze gevoelens en gedragingen kunnen op hun beurt de kern- en intermediaire opvattingen en strategieën bevestigen of versterken. In tegenstelling tot andere therapievormen is het vinden van bepalende vroege ervaringen geen doel van de cognitieve therapie. Door de interpretaties in het heden te veranderen worden het probleemgedrag en de daaraan onderliggende opvattingen beïnvloed. Als het nodig is wordt er vanzelfsprekend wel ingegaan op vroege ervaringen die hebben bijgedragen aan de vorming van disfunctionele opvattingen. Ook dan wordt getracht de interpretatie van die gebeurtenissen te beïnvloeden, door de geldigheid ervan te onderzoeken. Naast het feit dat het opsporen van vroege ervaringen geen doel is binnen de cognitieve therapie, is het vaak moeilijk en soms zelfs praktisch onmogelijk om dergelijke ervaringen op te sporen. Als we het voorbeeld over de hond weer als uitgangspunt nemen: sommige mensen met overmatige angst voor honden zijn nooit zelf

gebeten door honden. Een ervaring die kan hebben geleid tot het ontstaan van de angst is bijvoorbeeld een moeder die bang was voor honden, maar dat niet aan haar kind wilde laten merken. Als zij een hond zag lopen of hoorde blaffen terwijl ze met haar kind hand in hand liep, kan ze de hand even samengeknepen hebben of iets meer zweet in de handen afgescheiden hebben. Een kind kan na een aantal van dergelijke situaties een verband leggen tussen deze (angst)reacties en honden, en op die manier angst voor honden ontwikkelen. Dergelijke situaties zijn moeilijk terug te halen, en als het al lukt kan het nut ervan veelal betwijfeld worden. Er kunnen onnodige associaties met – in dit geval – de moeder ontstaan en dat levert weer andere problemen op (de moeder krijgt bijvoorbeeld de schuld van de bij de cliënt ontstane angst voor honden). In de regel blijft de aandacht binnen de cognitieve therapie dan ook gericht op het beïnvloeden van actuele gedachtepatronen en gedrag door het opdoen van corrigerende ervaringen in het hier en nu. Indien echter duidelijk wordt dat (vroeg) leerervaringen in de actualiteit nog een zodanig sterke invloed uitoefenen dat de therapie stagneert, zal vanzelfsprekend wel aandacht moeten worden besteed aan het verleden van de cliënt. Hiervan zal met name sprake zijn wanneer de problematiek van de cliënt sterk wordt beïnvloed door disfunctionele kernopvattingen.

In hoofdstuk 6 wordt een aantal technieken beschreven die daarbij kunnen worden ingezet. Ook een overigens niet strikt cognitieve techniek als EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) kan hierbij een rol spelen (zie bijvoorbeeld De Jongh & Ten Broeke, 2003). In de hoofdstukken 3, 4 en 5 van dit boek worden drie basisvaardigheden van cognitieve therapie uitgebreid behandeld. Het gaat om de cognitieve casusconceptualisatie (hoofdstuk 3), de socratische methode en het gedachteschema (hoofdstuk 4) en gedragsexperimenten (hoofdstuk 5). Om deze basisvaardigheden van een kader te voorzien wordt in het volgende hoofdstuk beschreven wat de globale structuur is van Becks cognitieve therapie en welke principes daarbij het uitgangspunt vormen.