



Het gedachterapport

Cognitieve (gedrags)therapie (CGT) is een effectief bewezen vorm van psychotherapie en is breed inzetbaar bij psychische problemen. Het gedachterapport, afkomstig uit de CGT, is een interventie waarmee disfunctionele opvattingen en onderliggende opvattingen opgespoord kunnen worden¹ en zodanig beïnvloed worden dat klachten verminderen. In dit artikel wordt het gedachterapport uitgewerkt met ondersteuning van een casus.

MARLINDE VAN VEENENDAAL, verpleegkundig specialist GGZ, Amsterdam
LINDE DE HOOP, MSc en psycholoog, Indigo bv

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- kent u het doel van het gedachterapport;
- weet u voor welke doelgroep het gedachterapport ingezet kan worden;
- weet u op welke wijze u cognities kunt uitdagen;
- weet u hoe het gedachterapport u en de patiënt kan helpen om tot nadere interventies te komen;
- heeft u als verpleegkundig specialist voldoende kennis om het gedachterapport toe te passen als onderdeel van de behandeling;
- kunt u als verpleegkundig specialist uw leiderschap inzetten om de kennis en betrokkenheid van uw collegae met betrekking tot CGT te vergroten.

TREFWOORDEN

cognitieve (gedrags)therapie, gedachterapport, denkfouten, cognities uitdagen en corrigeren

1 STUDIEPUNT

Tussen 1955 en 1965 ontstaat vanuit onvrede over de reeds bestaande vormen van psychotherapie een nieuwe vorm van psychotherapie, de cognitieve therapie. Albert Ellis (1962) en Aaron Beck (1976) zijn de grondleggers van deze cognitieve therapie.

Het meeste onderzochte en gebruikte cognitieve model is het model van Beck.¹ Vele gespecialiseerde behandelprotocollen zijn gebaseerd op dit model.² Psychische problemen kunnen verklaard worden door fouten in het denken en emotioneel leed wordt veroorzaakt door problematische denkwijzen. Denk aan iemand met een depressie die vanuit de depressie negatieve gedachten over zichzelf heeft ontwikkeld. Dat kan ertoe leiden dat deze persoon zich steeds weer negatief uit tijdens gesprekken met anderen, die dit als vervelend kunnen ervaren en die persoon vervolgens gaan mijden.

Als gevolg hiervan ontstaat sociaal isolement, wat de depressie kan versterken. In eerste instantie is het allemaal ontstaan door 'negatief denken', ook wel de bekende negatieve spiraal. De primaire veronderstelling van cognitieve therapie volgens Beck is dat disfunctioneel denken veranderd kan worden en dat dit leidt tot verlichting van symptomen en beter functioneren.³

Bij cognitieve therapie:

- richten interventies zich op fouten in het denken;
- ligt de focus op het veranderen van de *inhoud* van deze gedachten, overtuigingen en veronderstellingen.

GEDACHTERAPPORT

De belangrijkste interventies bij CGT zijn:

- automatische negatieve gedachten herkennen en deze registreren;
- automatische gedachten uitdagen;
- formuleren van alternatieve/rationele gedachten.

In de cognitieve therapie wordt hiervoor het gedachterapport als model gebruikt.

Aan de hand van het gedachterapport wordt:

- de relatie helder tussen gedachten, gevoelens en gedrag;
- welke automatische negatieve gedachten leiden tot een bepaald gevoel;
- hoe dit gevoel de gebeurtenis bepaalt.

Vervolgens wordt de cliënt geleerd hoe deze zijn negatieve gevoelens kan verminderen door het formuleren van helpende, rationele gedachten. Als de cliënt weet wat een meer rationele gedachte is, kan er daarna overgegaan worden tot interventies die gericht zijn op het opdoen van positieve leerervaringen om het vervolgens ook te gaan *voelen*.¹



Een beroemd voorbeeld van Beck (1979) is dat van de inbreker. Bij het horen kraken van de treden van de trap kunt u (automatisch) denken: het zal de kat wel zijn. Waarschijnlijk blijft u rustig in bed liggen. Bij een andere gedachte, bijvoorbeeld o jee er is een inbreker, grijpt u waarschijnlijk angstig naar de honkbalknuppel onder uw bed. Door met dit voorbeeld, en vervolgens steeds weer met persoonlijke voorbeelden van de cliënt, automatische gedachten nader te onderzoeken en iedere keer de connectie te leggen tussen gedachten, gevoelens en daaropvolgend gedrag, ontstaat er weer grip op de problemen.⁴

Figuur 1 Voorbeelden van Beck over automatische gedachten.

Casus Marian

Marian wordt gezien voor een intake in de basis GGZ na een aanmelding van haar huisarts met klachten passend bij een paniekstoornis. Marian is een 31-jarige vrouw, getrouwd en moeder van twee kinderen van 6 en 4 jaar. Op symptoomniveau heeft zij last van lichamelijke spanningsklachten, paniekaanvallen en een constant gevoel van onrust. Zij heeft vooral last van toegenomen prikkelbaarheid en haar neiging om af te reageren op haar gezinsleden. De klachten zijn sinds begin 2020 toegenomen, mogelijk geluxeed door het ziek worden van haar moeder. Zij wil graag leren meer voor zichzelf te kiezen en kijken hoe zij minder kan afreageren op haar gezin en daarbij minder panieklachten ervaart. Samen met haar behandelaar, verpleegkundig specialist GGZ (VS GGZ), maakt ze de keuze voor cognitieve (gedrags)therapie. Nadat er psycho-educatie is gegeven, start de VS GGZ samen met Marian met het invullen van het gedachterapport.

Toepassing van het gedachterapport

Stap 1

- Geef uitleg over de rationale achter cognitieve therapie. U kunt de uitleg meegeven op papier, mailen of koppelen aan een e-health module, zodat de cliënt de uitleg thuis rustig kan nalezen.
- Vervolgens vult u samen het gedachterapport in: van gebeurtenis tot en met gevolg.

Stap 2

- De volgende stap is gericht op het leren uitdagen van de gedachten.
- Onderzoek de automatische gedachten samen met de cliënt. Daarbij kunnen de veelvoorkomende denkfouten helpen om tot de automatische gedachten te komen, zie tabel 1.
 - Help de cliënt een alternatieve gedachte te formuleren.

Tabel 1 Veelvoorkomende denkfouten.

denkfout	beschrijving	voorbeeld
moeten	gebiedende wijs	Ik moet te allen tijde slim en scherp zijn
zwart-witdenken	denken in extremen en uitersten	Door deze fout ben ik een complete mislukking
doemdenken	het positieve omdraaien naar het negatieve	Ik vind dit moeilijk en ik zal het nooit leren
gedachtelezen	men weet precies wat een ander denkt	Zie je wel, ze lachen me uit
overgeneraliseren	een enkele gebeurtenis zien als representatief voor een grotere groep	Mijn vriend heeft vergeten chocola te kopen. Ik vraag hem niets meer, omdat hij toch altijd alles vergeet wat ik vraag
personaliseren	veronderstellen dat een actie op de persoon is gericht of is ontstaan vanwege de persoon	Hij groette mij niet, omdat hij mij niet de moeite waard vindt
emotioneel redeneren	denken dat gevoelens de realiteit zijn; wat men voelt is 'dus' waar	Je voelt je angstig in de lift en je gelooft dus dat het gevaarlijk is in de lift
selectief waarnemen	aandacht richten op het negatieve ten koste van andere aspecten	Je bedenkt dat je bent vergeten de vuilnis buiten te zetten en je voelt je waardeloos en slecht, terwijl je vergeet dat je vandaag hebt gesport

Casus Marian (vervolg)

De VS GGZ vult met Marian aan de hand van een recente gebeurtenis het gedachterapport in. In het gedachterapport worden achtereenvolgens onderzocht:

- de gebeurtenis;
- het gevoel;
- de automatische gedachte(n);
- het gedrag;
- alternatieve gedachte(n);
- het resultaat.

Gebeurtenis

Wat was de situatie?

Het is maandagochtend, de kinderen moeten naar school, alles loopt uit en ik begin hartkloppingen te krijgen en te vitten op de kinderen.

Gevoel

Welk gevoel had ik? (bijv. boos, bang, bedroefd of beschaamd?)

Hoe sterk is dat gevoel (0-10)?

Bang (9)

Automatische gedachte(n)

Welke gedachten had ik? Bij meerdere emoties: welke gedachte leidde tot welk gevoel?

Hoe geloofwaardig is deze gedachte (0-100%)?

Als ik ze nu niet laat opschieten dan komen we te laat en ik ben al gestrest, dan krijg ik vast een paniekaanval.

Vraag door: wat is er zo erg aan als je dan een paniekaanval zou krijgen?

Als ik met een paniekaanval ga autorijden met de kinderen, krijgen we waarschijnlijk een ongeluk (90%).

Gedrag

Wat deed ik vervolgens op dat moment?

Ik vraag of mijn man de kinderen naar school wil brengen (*vermijding*).

Gevolg

Wat heeft het gedrag voor gevolg? Waarbij helpt het (en waarbij niet?)

Door de kinderen niet zelf naar school te brengen, zie ik niet dat het mogelijk wel lukt en blijf ik thuis angstig achter (*angst wordt in stand gehouden*).

Alternatieve gedachten

Hoe weet ik zo zeker dat wat ik denk waar is? Geldt deze gedachte voor iedereen? Zou ik dat ook zo denken over een vriend(in)? Welke alternatieve gedachte kan ik er tegenover zetten? Hoe geloofwaardig is deze alternatieve gedachte (0-100%)?

Eerder heb ik ook een paniekaanval gehad tijdens het autorijden, het was erg naar, maar ik kon nog wel opletten op de weg, er hoeft geen ongeluk te gebeuren (60%).

Ik weet nu dat hartkloppingen een teken zijn van spanning, ik kan beter even naar dat signaal luisteren als teken dat ik mijzelf zit op te juttten (100%).

Resultaat

Hoe geloofwaardig is nu de automatische (negatieve) gedachte (0-100%)?

40%

Tot welk gevoel leidt dit en hoe sterk is dit (0-100)?

Bang (4)



TECHNIEKEN OM DE AUTOMATISCHE GEDACHTEN TE EXPLOREREN EN EVALUEREN

We bespreken de volgende technieken om automatische gedachten te exploreren en evalueren:

- socratisch vragen;
- neerwaartsepiltechniek;
- gedragsexperimenten en exposure in vivo.

Socratisch vragen

Tijdens het exploreren en uitdagen van de gedachten is het wenselijk om gebruik te maken van het socratisch interview. De filosoof Socrates, uit de tijd van het oude Griekenland, ontwikkelde deze techniek voor zijn studenten. Hij zette zijn studenten aan tot nadenken en het vinden van eigen manieren om hun opvattingen te toetsen door hen verdiepende vragen te stellen, zonder daarbij eigen ideeën, informatie of waardeoordelen in de vragen te laten doorschemeren. Deze manier van vragen stellen beoogt het bereiken van zelfonderzoek en zelfinzicht. Het idee erachter is, dat wanneer toegepast in de behandeling, waarbij een cliënt zelf nieuwe zienswijzen verwerft (en deze niet al voorgerekend zijn door de therapeut), de inzichten eerder zullen beklijven en meer impact hebben. De behandelaar stelt zich niet op als de alwetende maar als de leek.⁵

Voorbeelden van socratische vragen over de automatische gedachten zijn:

- Wat is het bewijs dat de automatische gedachte waar is?

ROL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

- De VS GGZ draagt als regiebehandelaar zorg voor de diagnostiek, zij initieert en coördineert de behandeling en stuurt zorginhoudelijk aan.
- CGT is een veelgebruikte psychotherapeutische behandelingsmethode die ingezet wordt door de psycholoog of VS GGZ.
- CGT is geen voorbehouden handeling, maar het is belangrijk dat de behandelaar bekwaam is en beschikt over de juiste kennis, vaardigheden en houding.
- De VS GGZ kan het gedachterapport in de behandeling inzetten om gedachten, gevoelens en gedragingen zodanig te beïnvloeden dat de klachten verminderen.
- De VS GGZ is op de hoogte van de actuele richtlijnen, kwaliteits- en zorgstandaarden, en kan deze koppelen aan het individuele zorgproces van de cliënt om de kwaliteit van de behandeling te waarborgen.

- En wat is het bewijs dat deze automatische gedachte niet waar is?
- Is het mogelijk anders naar de situatie te kijken? Is er een andere uitleg mogelijk voor de gebeurtenis?
- Wat zijn de gevolgen als deze gedachte waar is?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze gedachte?
- Wat zou je zeggen tegen je beste vriend/ vriendin die zich in dezelfde situatie bevindt?

Neerwaartsepiltechniek

Een veelgebruikte techniek, die in het verlengde van het socratisch interview ligt, is de neerwaartsepiltechniek. Om uit te zoeken wat de belangrijkste negatieve automatische gedachte is die de emotionele beladenheid veroorzaakt, vraagt de behandelaar door tot de achterliggende naarste uitkomst.

Vragen die daarbij helpen zijn:

- Stel dat het waar is wat je denkt, wat betekent dat dan voor je?
- Wat kan er in het ergste geval gebeuren?
- Stel je voor dat het waar is, wat zegt dat dan over jou als persoon?

De behandelaar verdiept zolang als nodig, waarbij er gewaakt wordt voor overanalyseren en er geen zichtbaar gevoel meer is bij de cliënt.⁵

Gedragsexperimenten en exposure in vivo

De gedachten vervolgens evalueren en uitdagen is bijvoorbeeld mogelijk door middel van gedragsexperimenten en exposure in vivo. Deze interventies uit de cognitieve gedragstherapie beogen de opvattingen gedestilleerd uit het gedachterapport te toetsen 'in het echte leven'. Het gedragsexperiment is meer evaluatief, namelijk welke bewijzen heb ik verzameld die vóór de opvatting pleiten en welke tégen wanneer ik me blootstel aan de situatie? Bij een gedragsexperiment wordt er ook expliciet een alternatieve opvatting geformuleerd en door het toetsen versterkt. Bij exposure in vivo is het doel dat de oorspronkelijk automatisch negatieve gedachte (vaak verwachting) wordt gefalsificeerd.¹ De cliënt ervaart dat het gevreesde niet gebeurt als die zich blootstelt aan de situatie. Het is belangrijk samen met cliënt achteraf aandacht te besteden aan de conclusie: is de negatieve verwachting vooraf aan de exposure uitgekomen? Wat kan daaruit geconcludeerd worden?

Casus Marian (vervolg)

De VS GGZ stelt vervolgens voor de vermindering te gaan leren doorbreken, met als doel de onderhoudende factor in de paniekstoornis te behandelen. Samen komen zij tot de tussenstap dat Marian eerst gaat toetsen of zij de kinderen gereed kan maken voor school ondanks haar klachten, zonder dat haar man het hoeft over te nemen. Marian krijgt als uitleg dat het doel is dat zij haar panieksensaties leert verdragen, waarbij zij toch haar taak (de kinderen gereedmaken) kan volbrengen. Het volgende stapje zou dan zelf autorijden zijn. De VS GGZ vraagt haar de angst vooraf, tijdens en na de oefening in te vullen en

DO'S EN DON'TS

DO'S

- Schrijf samen met de cliënt het gedachterapport uit op het bord of op een groot papier en laat de cliënt zijn of haar eigen versie meeschrijven.¹⁰
- Zorg ervoor dat het gedachterapport concreet is en op één recente gebeurtenis is gericht, zodat de cliënt zich goed kan inleven in de snelle automatische gedachten bij de gebeurtenis.
- Beschrijf de gebeurtenis zo specifiek mogelijk. Hoe specifieker u de (ontlokkende eigenschappen van de) gebeurtenis kunt identificeren, hoe beter u en de cliënt het probleem begrijpen.
- Als de ervaren reactie van de cliënt nog niet helemaal begrepen wordt, dan mist er vaak een belangrijke gedachte. Ga door tot u bij de gedachte komt die de meeste lading geeft bij het bijbehorende gevoel, ook wel de *hot cognition* genoemd. Probeer samen met cliënt te snappen dat die gedachte inderdaad tot het bijbehorende gevoel leidt.
- Soms is de gebeurtenis niet een externe situatie, maar is een gedachte of herinnering intern de aanleiding van de daaropvolgende automatische negatieve gedachten. Dan is de gebeurtenis meer te formuleren als: 'ik zit op de bank en ik dacht terug aan...!'

DON'TS

- Noteer geen vragen bij de gedachten. Dus noteer bijvoorbeeld niet: 'ik vroeg mij af wat er zou gaan gebeuren'. Vraag door, zodat cliënt de vraag kan beantwoorden en noteer deze gedachte, bijvoorbeeld: 'ik was bang dat... zou gebeuren'.
- Noteer niet alleen de positieve gevolgen (bekrachtigers) op de korte termijn bijvoorbeeld 'mijn angst daalt', maar ook de negatieve gevolgen, bijvoorbeeld 'ik weet niet hoe het anders was afgelopen en zal niet weten of vluchten noodzakelijk was'.⁵
- Neem geen gemoedstoestanden op bij gevoelens die eigenlijk geen emotie zijn, zoals schuld (is een overtuiging 'ik denk dat ik schuldig ben aan...') en vermoeidheid.
- Begin niet met zeer emotionele situaties. Alledaagse situaties geven veel informatie over veelvoorkomende automatische gedachten en op die manier kan cliënt goed oefenen en zicht krijgen op hoe het gedachterapport werkt.

na te gaan of de negatieve verwachting (het lukt mij niet om de kinderen gereed te maken als ik paniek voel) is uitgekomen. Zij gebruiken daarvoor het 'Formulier Exposure In Vivo' afkomstig uit de protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten.⁶

TOEPASBAARHEID EN INDICATIES

Cognitieve therapie met het gedachterapport als interventie kan veelzijdig toegepast worden. In de meeste richtlijnen is het de voorkeursbehandeling voor psychische problemen. Het kan onder andere worden toegepast bij cliënten met:

- een depressie;
- angststoornis;
- een verslaving;
- ADHD;
- autisme;
- een eetstoornis;
- een psychotische stoornis.

Het is ook geschikt voor mensen die lijden aan psychosomatische problemen zoals slaapproblemen of chronische vermoeidheid. Daarnaast kan het gedachterapport als terugvalpreventie toegepast worden bij mensen met een depressie of angststoornis.

Cliënten met achterliggende persoonlijkheidsstoornissen reageren vaak niet volledig op traditionele CGT-behandelvormen.⁷ Cognitieve therapie gaat uit van problemen die als doelwit in de behandeling gemakkelijk herkenbaar zijn en cliënten met karakterologische problemen komen juist vaak met problemen die vaag, chronisch en pervasief zijn.⁸ Ook dient er rekening te worden gehouden met cultuursensitiviteit. CGT is sterk verbonden met de Europese en Noord-Amerikaanse waarden ten aanzien van verandering, openheid, onafhankelijkheid en autonomie.⁹ Deze waarden staan soms op gespannen voet met de waarden van harmonie, familie en spiritualiteit die diep verankerd zijn in onder meer de Aziatische, Latijns-Amerikaanse en Arabische culturen.³ ■

LITERATUUR

1. Korrelboom K, Broeke E ten. Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2012.
2. Bögels SM, Oppen P van. Cognitieve Therapie: theorie en praktijk. Algemene aspecten van cognitieve therapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011. p. 31-49.
3. Craske M. Cognitieve gedragstherapie in de praktijk. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers; 2012.
4. Gaag M van der, Plas J van der. Doelgericht begeleiden in de psychiatrie. Basale gedragstherapeutische vaardigheden. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006.
5. Gaag M van der, Staring T, Berg D van den, et al. Gedachten uitpluizen. Cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2014 (<https://www.gedachtenuitpluizen.nl/werkplaats/bibliotheek/therapeutische-technieken-en-vaardigheden-boek/>).
6. Bockting C, Rijsbergen G van, Huibers M. Protocollaire behandeling van cliënten met een depressieve stoornis. In: Keijser G, Minnen A van, Verbraak M, et al. Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2017. p. 19-68.
7. Beck AT, Freeman A, et al. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press; 1990.
8. Young J, Klosko J, Weihaar M. Schemagerichte therapie, handboek voor therapeuten. Houten: Bohn van Stafleu van Loghum; 2020.
9. Hays PA, Imasama GY. Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
10. Rijnders P, Heene E. Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2010.