



# Cognitieve gedragstherapie

**Nienke Foolen**

**Deniz Ince**

Maart 2013

Nederlands Jeugdinstituut

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

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een werkwijze die bij verschillende problemen effectief kan zijn. Kort gezegd is het doel van cognitieve gedragstherapie het opsporen en corrigeren van denkfouten, die leiden tot psychische problemen en afwijkend gedrag. Hoewel de inhoud van de therapie wordt aangepast aan de problemen die moeten worden aangepakt, bestaan er gemeenschappelijke veelgebruikte technieken zoals cognitieve herstructurering en psycho-educatie.

De therapie is geschikt voor jeugdigen, volwassenen en gezinssystemen. Doorgaans wordt de interventie ingezet bij kinderen en jongeren tussen 8 en 18 jaar. De duur van een CGT-programma kan variëren van drie maanden tot ongeveer één jaar.

De kerngedachte achter CGT is dat psychische klachten verband houden met disfunctionele cognities of gedachten. Deze psychische klachten uit zich in nare of bedreigende gevoelens en stemmingen en in problematisch of onbeheerst gedrag. In de therapie wordt, simpel gezegd, geprobeerd de disfunctionele gedachten te wijzigen. Wanneer dit lukt, kunnen emotionele nood en inadequaat gedrag afnemen of verdwijnen.

De term cognitieve therapie verwijst naar het beïnvloeden van de cognities. Maar omdat juist de wisselwerking tussen cognities, gevoelens en gedrag cruciaal is voor deze therapie, wordt de laatste tijd de voorkeur gegeven aan de term cognitieve gedragstherapie (Graham, 2006).

Dit document is samengesteld op basis van het artikel 'Denkfouten herstellen helpt bij veel kinderen met psychische klachten' (Elling, 2008). Er wordt ingegaan op wat cognitieve gedragstherapie inhoudt, bij wie het gebruikt kan worden en uit welke technieken het bestaat. Meer informatie over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij specifieke problemen is te vinden via [www.nji.nl/watwerkt](http://www.nji.nl/watwerkt).

## 1. Doelgroep

Cognitieve gedragstherapie wordt ingezet bij kinderen, jeugdigen en volwassenen met uiteenlopende problemen, waaronder: agressiviteit en woede-uitbarstingen;

- angsten en fobieën, en paniekstoornissen;
- depressieve stoornis;
- eetstoornissen
- gedragsstoornissen;
- opzettelijke zelfbeschadiging.



## **Indicatie- en contra-indicatiecriteria**

### *Algemeen*

Over het algemeen kan gesteld worden dat CGT een zekere motivatie van de cliënt verlangt om iets aan de klachten en stoornissen te doen. Daarbij moeten de cliënten openstaan voor kritische reflectie op ingesleten gedachten, die zij als normaal zijn gaan beschouwen. Zij moeten te bewegen zijn tot de gedachte dat niet een gebeurtenis buiten henzelf de klacht of stoornis veroorzaakt, maar dat hun eigen gedachtewereld disfunctioneel is.

Een andere basisvoorwaarde is dat de cliënten in staat moeten zijn hun gedachten onder woorden te brengen en daarop te reflecteren. In dit licht bezien is het aannemelijk dat de therapie minder geschikt is voor cliënten met beperkte verstandelijke vermogens en een beperkte taalbeheersing.

### *CGT bij jeugdigen*

Cognitieve gedragstherapie vereist dat de cliënten verschillende cognitieve vaardigheden beheersen, die kinderen in de eerste vijftien jaren van hun leven geleidelijk aan ontwikkelen. Therapeuten moeten rekening houden met grote onderlinge variaties tussen kinderen van dezelfde leeftijd. De therapeut zal van geval tot geval moeten aftasten op welk niveau een bepaald kind zich beweegt en hoe snel dat kind nieuwe informatie kan oppikken en kan gebruiken.

Grave en Blisset (2004) stellen vast dat cognitieve gedragstherapie een zeker vermogen om logisch en causaal te kunnen denken veronderstelt, alsook het vermogen om te kunnen denken over zaken die in het hier en nu niet of nog niet aan de orde zijn. Tegen deze achtergrond werpen zij de vraag op of CGT geschikt is voor kleine kinderen. Daarbij richten zij speciaal de aandacht op kinderen tussen de 5 en 8 jaar, die zich volgens de ontwikkelingsleer van Piaget nog in het 'prelogische cognitieve stadium' bevinden. Deelname aan CGT veronderstelt dat de betreffende kinderen logisch en abstract kunnen denken, rationeel kunnen discussiëren, en dat zij afwegingen kunnen maken tussen verschillende gedachten die leiden tot de meest rationele keuze. In de therapie zullen de kinderen in staat moeten zijn tot zelfreflectie. Ook zullen zij nieuwe informatie adequaat moeten kunnen verwerken en hun gedachten goed moeten kunnen verwoorden. De onderzoekers Grave en Blisset constateren dat Piaget volgens hedendaagse ontwikkelingspsychologen, de vaardigheden van kinderen in het prelogische stadium onderschatte en tegelijkertijd de verrichtingen van oudere kinderen overschatte. Verder stellen zij vast dat kinderen van vijf jaar logisch kunnen denken zolang de vraagstukken die zij voorgelegd krijgen maar eenvoudig en helder zijn.

Tot dusver is er nog maar weinig onderzoek verricht naar cognitieve therapie met kinderen tussen de 5 en de 8 jaar. Wanneer kinderen van deze leeftijd bij onderzoek betrokken zijn, blijkt dat er effecten van CGT zijn, maar dat deze effecten kleiner zijn dan bij oudere kinderen en bij adolescenten.

## **2. De hoofdlijnen van de methodiek belicht**

Zoals gezegd is het doel van cognitieve gedragstherapie het opsporen en corrigeren van systematische vertekeningen of fouten in het denken, die leiden tot psychische stoornissen en gestoord gedrag. Anders gezegd: het doel van CGT is situaties weer reëler, functioneler of evenwichtiger te leren beoordelen, waardoor gevoelens en gedrag veranderen in een positieve of minder lastige of minder belastende richting (Ten Broeke e.a., 2004). Voor individuele cliënten

zullen de doelstellingen van de CGT nauw verbonden zijn met hun klachten. Hun doel is van die klachten af te komen. In deze paragraaf komt aan de orde hoe dat in een CGT in zijn werk kan gaan. Ieder traject van cognitieve therapie is te beschouwen als een training waarin de therapeut de cliënt helpt anders te leren aankijken tegen gebeurtenissen en ervaringen die de cliënt als moeilijk en belastend ervaart. Tijdens de training wordt er veel activiteit en zelfwerkzaamheid van de cliënt verwacht. Cognitieve gedragstherapie bestaat meestal uit 15 tot 18 sessies. Als de klachten na acht tot tien sessies nog niet zijn afgenomen, moeten andere therapievormen worden overwogen. Aanvankelijk zullen de sessies vaak met een frequentie van eens per week worden gehouden. In het laatste stadium zullen de sessies vaak eens per maand plaatsvinden.

Alhoewel er diverse varianten van CGT bestaan, zijn de meeste therapieën gebaseerd op het volgende grondmodel:

- In de eerste sessies brengen de therapeut en de cliënt de problematiek in kaart en legt de therapeut de cognitieve gedragstherapie uit. Daarbij maakt de therapeut ook duidelijk welk 'huiswerk' hij van de cliënt zelf verlangt.
- Vervolgens sporen de cliënt en de therapeut de lastige gedachten op die gekoppeld zijn aan concrete probleemsituaties en gebeurtenissen. Het huiswerk bestaat uit het registreren van probleemsituaties in het alledaagse leven en de gevoelens die daaraan verbonden zijn, alsook de gedachten die aan dat gevoel voorafgingen. De therapeut heeft de cliënt daarvoor een formulier of een dagboek gegeven dat hij moet invullen.
- Vervolgens onderzoeken de cliënt en de therapeut de opgespoorde lastige of negatieve gedachten. Dat wil zeggen: met behulp van informatieverzameling gaan zij kritisch na of de gedachten die de cliënt heeft kloppen.
- Vaak zal blijken dat de gedachten niet of niet helemaal kloppen. Op dit punt aangekomen, zal de therapeut de cliënt stimuleren alternatieve, meer evenwichtige gedachten te formuleren. Dit gebeurt op basis van de gevonden 'bewijzen' en 'argumenten' die in de vorige fase zijn verzameld in het onderzoek naar het realistische gehalte van de gedachten. Deze nieuw geformuleerde gedachten zullen tot positiever gevoel en gedrag leiden.
- Het kan natuurlijk ook zijn dat uit het onderzoek naar het realistische gehalte van de gedachten blijkt dat die gedachten wel kloppen. In dat geval zal in de therapie een actieplan worden ontwikkeld om met deze ware gedachten te leren leven.
- Zowel in het geval dat er alternatieve, meer evenwichtige gedachten zijn geformuleerd als in het geval dat iemand met de oorspronkelijke gedachten moet leren leven, is veel oefening nodig. Dit gebeurt in de laatste fase van de therapie met door de therapeut begeleide gedragsexperimenten in de praktijk. Bij gebeurtenissen in alledaagse situaties, waaraan disfunctionele gedachten verbonden waren die negatieve gevoelens oproepen, worden nu de alternatieve en meer evenwichtige gedachten uitprobeerde.

De therapeut is gaandeweg de therapie verschillende rollen gaan spelen. In de eerste fasen is de therapeut de psycholoog die naar de cliënt luistert en de problemen helpt verduidelijken en analyseren. Daarna wordt de therapeut meer de leraar die de achtergronden van de cognities uitlegt en ook duidelijk maakt hoe de cognities inwerken op het gevoel en het gedrag. Tenslotte stapt de therapeut in de rol van coach: hij helpt de cliënt bij het toepassen en blijven toepassen van de geleerde vaardigheden.

### **3. Uitwerking van de methodiek: speciale methoden en technieken**

Het zal duidelijk zijn dat de cognitieve gedragstherapeut verschillende dingen doet:

Eerst zal hij de cliënten uitdagen om met hun inadequate gedachten voor de dag te komen, zich bewust te worden van de ervaringen die hen pijn doen, verlammen of in hun verdere ontwikkeling belemmeren, te vertellen waar zij zich het meest voor schamen en waardoor zij steeds weer 'dichtklappen' of agressief worden.

Vervolgens zal hij hen helpen tot andere, meer adequate gedachten te komen, de sociale informatie adequater te verwerken en hen ondersteunen bij het realiseren van gedragsverandering. Hiervoor kan hij een aantal technieken toepassen. Hieronder volgt een overzicht van een paar veel gebruikte technieken.

#### ***Cognitieve herstructurering***

Een veel toegepaste techniek in de cognitieve gedragstherapie is het 'eenvoudigweg' opsporen en uitdagen van disfunctionele gedachten. Daarbij worden vragen gesteld als: 'Wat zou er gebeuren als je voor het examen zou zakken?'. Vervolgens gaat alle aandacht uit naar het formuleren van 'betere' of 'helpende gedachten', in het Engels 'coping statements' genoemd. Cognitieve gedragstherapeuten stellen dat gedragsverandering pas zal optreden wanneer veranderingen worden aangebracht in de manier waarop een persoon betekenis verleent aan of afleidt uit de wereld om zich heen (Braet & Scholing, 1999). Dit impliceert dat 'cognities moeten worden herstructureerd'.

#### ***Exposure***

Exposure is het onder begeleiding blootstellen van de cliënt aan een situatie die negatieve emoties opwekt. Meestal gaat het daarbij om extreme angst of walging, een aanzet tot problematisch gedrag, zoals tomeloos eten, drinken of druggebruik, of het permanent ontwijken van normale sociale situaties. Het doel van exposure is om de intensiteit van deze negatieve gevoelens te verminderen, dan wel om het problematische gedrag af te leren.

#### ***Zelfinstructietraining en hardop-denken methode***

Zelfinstructietraining is bedoeld om cliënten te helpen hun gedrag beter te sturen via zelfinstructies. Deze zelfinstructies worden geleerd via de zogenaamde hardop-denken methode, die gebaseerd is op bevindingen van Sovjet taalpsychologen over de normale taalontwikkeling van een kind (Luria, 1961; Vygotsky, 1962; aangehaald door Braet & Scholing, 1999). Volgens deze methode worden vijf stappen doorlopen:

- Een goed model, zoals een stripfiguur, toont hoe het kind een situatie kan analyseren, bijvoorbeeld via de zinnen: 'Stop en denk eens na', 'Kijk en luister goed' en 'Loop alle mogelijkheden na en kies dan de beste uit'.
- Het kind voert de getoonde analyse zelf uit en het model leidt het kind door de zelfinstructies hardop te zeggen.
- Het kind leert de zelfinstructies en oefent daarmee in verscheidene sessies via spelopdrachten.
- Het oefenen duurt voort maar de zelfinstructies worden gefluisterd.
- In complete stilte oefent het kind met de geïnternaliseerde zelfinstructies bij steeds complexer wordende opdrachten.

### ***Probleemoplossend denken***

Het probleemoplossend denken wordt, in combinatie met zelfinstructietraining en de hardop-denken methode, beschouwd als een basisinterventie in de cognitieve gedragstherapie voor kinderen. De therapeuten leren kinderen een denkstrategie aan die bestaat uit vier stappen, te weten:

- Stap 1: Wat is mijn probleem? Hierin moet de jeugdige het probleem goed omschrijven en verwoorden.
- Stap 2: Hoe los ik het op? In deze stap leert de jeugdige eerst alternatieve oplossingen te bedenken en af te wegen. Vervolgens maakt hij een keuze uit de verschillende mogelijke oplossingen, waarbij de persoon in kwestie rekening houdt met de consequenties van zijn keuze.
- Stap 3: Volg ik nog mijn plan? Hierin leert de jeugdige in de gaten te houden dat hij zich niet door de omstandigheden laat verwarren.
- Stap 4: Hoe heb ik het gedaan? Bij deze evaluatie vraagt de jeugdige zich onder meer af of de keuze werkte of niet, of het al dan niet een eerlijke keuze was, of de keuze veilig was of niet en of de keuze aangename gevoelens opriep of niet.

### ***Zelfcontrole***

In elke cognitieve behandeling wordt in zekere zin uitgegaan van de werking van zelfsturinggedrag. Interventies kunnen gemakkelijk falen wanneer een kind of een cliënt in het algemeen niet over de nodige zelfsturingvaardigheden of over zelfcontrole beschikt. Zelfcontrole wordt in dit verband omschreven als een cognitief proces dat uit verschillende, op elkaar volgende stappen bestaat, te weten:

- zelfobservatie, te bevorderen door bijvoorbeeld de opdracht om een dagboek bij te houden;
- doel bepalen, waarbij de jeugdige plannen maakt en alternatieven overweegt;
- zelfevaluatie, hetgeen kan leiden tot het bijsturen van het doel en de plannen;
- zelfbeloning, wat als positieve feedback zeer belangrijk is; vooral bij kinderen ligt in de beloning en in de complimenten de motivatie verscholen tot het herhalen van het positieve gedrag.

### ***Psycho-educatie***

Een andere veelgebruikte techniek is psycho-educatie. Hierbij krijgt de cliënt en krijgen eventueel de ouders informatie, steun en advies. Tijdens psycho-educatie wordt er gewerkt aan het vergroten van de kennis over het probleem en over de manieren waarop de cliënt hier het beste mee kan omgaan.

### ***Nazorg***

Om terugval te voorkomen is nazorg van belang. Hierin kan de cliënt met de therapeut moeilijke situaties doorspreken en de geleerde vaardigheden versterken.

#### **4. Cognitieve gedragstherapie bij verschillende problemen**

In een groot aantal Wat Werkt-documenten van het Nederlands Jeugdinstituut komt cognitieve gedragstherapie als een effectieve behandelvorm naar voren.

Effecten van cognitieve gedragstherapie zijn wisselend bij verschillende problematieken. Vergeleken met andere behandelingsvormen worden de beste resultaten behaald bij onder meer angststoornissen, depressie en gedragsproblematiek. Voor CGT geldt – net als voor andere interventies- dat de effecten ervan kunnen verschillen per kind, afhankelijk van demografische kenmerken als leeftijd en etniciteit, en van klinische kenmerken als ernst en duur van de symptomen. Naar de invloed van deze kenmerken op het effect van psychotherapie in het algemeen en cognitieve gedragstherapie in het bijzonder is weinig onderzoek gedaan.

In de volgende documenten vindt u uitgebreide informatie over de effecten van cognitieve gedragstherapie bij verschillende problemen,

Voor een overzicht van werkzame factoren en het onderzoek verricht naar de effecten van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van diverse problemen verwijzen we naar de volgende documenten:

[Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen?](#)

[Wat werkt bij angststoornissen?](#)

[Wat werkt bij depressie?](#)

[Wat werkt bij eetstoornissen?](#)

[Wat werkt bij gedragsproblemen?](#)

[Wat werkt bij gedragsstoornissen?](#)

[Wat werkt bij opzettelijke zelfbeschadiging?](#)

## Literatuurlijst

Braet, C. & Scholing, A. (1999) Cognitieve therapie bij kinderen en jeugdigen. In: S. M. Bögels & P. Oppen, van (red.). *Cognitieve Therapie: theorie en praktijk*. Houten / Diegem: Bohn Stafleu Van Lochum.

Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Schurink, G. (2004). *Cognitieve Therapie, de basisvaardigheden*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

Cladder, J.M. , Nijhoff-Huijsse, M. & Mulder, G. (2005). *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

Elling, M. (2008). *Denkfouten herstellen helpt bij veel kinderen met psychische problemen. Cognitieve gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen*, Utrecht : Nederlands Jeugdinstituut.

Grave, J. & Blisset, J. (2004). Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young Children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24, 399-420.