

De cognitieve therapie van Beck

Colin van der Heiden¹

Inleiding

Vanaf de jaren zestig ontstond in de psychotherapie steeds meer aandacht voor de rol van cognities in het ontstaan van psychische klachten, deels als reactie op de ontoereikende effecten van de psychoanalyse, deels vanuit het tekortschieten van het gedrags-therapeutische conditionerings- of leermodel ten aanzien van complex probleemgedrag in de klinische praktijk (Albersnagel & Boelens, 1994). Aanvankelijk was cognitieve therapie een verzamelnaam voor verschillende vormen van psychotherapie met als uitgangspunt de veronderstelling dat psychopathologie voortkomt uit de wijze waarop mensen informatie selecteren en verder verwerken. De cognitieve therapie richt zich op bewustwording en beïnvloeding van deze processen door kritische reflectie en toetsing aan de empirische werkelijkheid.

Voor een uitgebreide uiteenzetting van het ontstaan en de ontwikkeling van de verschillende stromingen binnen de cognitieve therapie wordt verwezen naar de historische overzichten van Arnkoff en Glass (1992) en Hollon en Beck (1993). Mahoney en Arnkoff (1978) onderscheiden drie hoofdstromingen: de cognitieve herstructureringsmethoden, vaardigheidstherapieën en probleemoplossende therapieën. Vanaf de jaren zeventig zijn de cognitieve herstructureringsmethoden centraal komen te staan. Deze hebben ten doel disfunctionele of irrationele interpretaties van gebeurtenissen op te sporen en te wijzigen. De belangrijkste exponenten hiervan zijn de rationeel-emotieve therapie van Ellis (Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977), de cognitieve therapie van Beck (1964, 1976) en de zelfinstructie-training van Meichenbaum (1975, 1977, 1981).

Het uitgangspunt bij de rationeel-emotieve therapie (RET) van Ellis is dat psychische klachten veroorzaakt worden door irratio-

¹ Psychotherapiepraktijk Hoogduin Schaap en Kladler, Schiedamseweg 110, 3134 BS Vlaardingen.

nele opvattingen en gedachten, waardoor de cliënt de werkelijkheid als frustrerend of verschrikkelijk ervaart. Ellis formuleerde elf binnen de westerse cultuur wijdverbreide irrationele ideeën, die volgens de RET-zienswijze tot emotionele problemen moeten leiden (Ellis, 1962; Diekstra & Dassen, 1979; Dryden & DiGiuseppe, 1994). Nagenoeg alle irrationele cognities van cliënten zouden tot deze oorspronkelijke ideeën te herleiden zijn. Later zijn hierop variaties en aanvullingen voorgesteld, onder meer door Ellis zelf (Ellis, 1976; Ellis & Grieger, 1977). Inmiddels worden vier basisvormen van irrationele opvattingen onderscheiden: de 'ik-moet'-gedachten (musturbations), de verschrikkelijkingen (awfulizing), de 'ik-kan-er-niet-tegens' (I can't stand it-itis) en veroordelingen van zichzelf of anderen (self-damning). In de behandeling wordt getracht de irrationele opvattingen van de cliënt op te sporen en op werkelijkheidswaarde te toetsen, waarbij het criterium rationaliteit is. De therapeut speelt in dit proces een actieve, directieve rol door de opvattingen van de cliënt aan te vallen en ter discussie te stellen. Het doel van de behandeling is tot zelfacceptatie te komen (Ellis, 1994).

De cognitieve theorie van Beck stelt dat emotionele stoornissen het gevolg zijn van verstoringen in de wijze waarop informatie geselecteerd en verwerkt wordt. Deze informatieverwerkingsprocessen worden gestuurd door onderliggende basale assumpties. Dit zijn relatief stabiele kennisrepresentaties, die opgeslagen zijn in geheugenstructuren die in de cognitieve psychologie als schema's worden aangeduid (Bartlett, 1932). Eenmaal geactiveerd beïnvloeden de assumpties de informatieverwerking, de interpretatie van ervaringen en het gedrag. Disfunctionele automatische gedachten vormen de waarneembare output van de verstoorde informatieverwerking en leiden tot disfunctionele emoties en disfunctioneel gedrag. Door de disfunctionele cognities op te sporen en op werkelijkheidswaarde te onderzoeken, wordt getracht de hieraan ten grondslag liggende assumpties te wijzigen en tot meer functionele emoties en gedrag te komen. De therapeut helpt de cliënt door het stellen van vragen en het opzetten van gedragsexperimenten zelf zijn gedachten te toetsen en zo mogelijk te wijzigen. Het criterium hierbij is functionaliteit.

De zelfinstructietraining (ZIT), ook wel cognitieve gedragsmodificatie genoemd, werd door Meichenbaum ontwikkeld. Emotionele problemen worden hierbij opgevat als het resultaat van de negatieve zelfspraak van mensen in stressvolle of bedreigende situaties. Drie fases worden onderscheiden waarin probleemgedrag kan ontstaan. De fase vóór confrontatie met de stressor, de fase waarin confrontatie met de stressor plaatsvindt en de fase waarin

men wordt overspoeld door negatieve emoties. In elke fase kunnen negatieve zelfinstructies optreden, die leiden tot negatieve emoties en problematisch gedrag. In de behandeling wordt de cliënt geleerd negatieve zelfinstructies te onderkennen en te vervangen door positieve alternatieven.

Eind jaren zeventig verschenen er in Nederland enkele handleidingen over wat destijds de rationele therapie werd genoemd (onder andere Diekstra & Dassen, 1979; Diekstra, 1976; Oomen, 1980). In later jaren zijn Nederlandstalige publicaties over de principes en technieken van de cognitieve therapie, ondanks de grote vlucht die deze vorm van therapie heeft genomen, beperkt gebleven tot één artikel van Arntz (1991). Wel wordt in de literatuur de toepasbaarheid ervan beschreven voor diverse stoornissen. Uitleg over de manier waarop cognitieve technieken toegepast kunnen worden is in de literatuur echter beperkt (Arntz, 1995).

Dit artikel beoogt inzicht te geven in de theorie en de toepassingmogelijkheden van de verschillende technieken van de cognitieve therapie. Hierbij wordt uitgegaan van de methode van Aaron T. Beck, die de afgelopen jaren op de voorgrond is komen te staan. Belangrijkste reden hiervoor is het feit dat deze methode het meest effectief bleek in onderzoek (Smith, Glass & Miller, 1980; Shapiro & Shapiro, 1982; Nisbett & Ross, 1980; Arntz, 1991). Achtereenvolgens worden de theorie, de werkwijze en de technieken van de cognitieve therapie van Beck, die in het vervolg kortweg als cognitieve therapie wordt aangeduid, uitgebreid besproken.²

Cognitieve therapie van Beck

Theorie

Uitgangspunt binnen het cognitieve model van Beck is de aanname dat emoties en gedrag gemedieerd worden door de interpretatie van de gebeurtenis of situatie (Beck, 1964). Dit geldt voor zowel positieve als negatieve emoties en gedragingen. Binnen dit interpretatieproces worden drie denkniveaus werkzaam geacht: de basale assumpties, de intermediaire assumpties en de automatische gedachten.

Assumpties zijn relatief stabiele kennisrepresentaties, die opgeslagen zijn in geheugenstructuren die in de cognitieve psychologie als schema's worden aangeduid (Bartlett, 1932). Deze kennisre-

² Uitgangspunt hierbij waren de handleidingen van Judith S. Beck (1995) en Schurink en Ten Broeke (1997).

presentaties zijn in de loop van het leven gevormd op grond van (vooral vroege) ervaringen als onderdeel van de normale cognitieve ontwikkeling en zijn niet rechtstreeks waarneembaar of toegankelijk (Brewin, 1988; Neisser, 1976). Ze sturen de informatieverwerking doordat ze invloed hebben op welke informatie wordt waargenomen (filterfunctie), hoe informatie wordt geïnterpreteerd (betekenistoekenningsfunctie) en tot nieuwe betekenissen wordt verwerkt (transformatiefunctie), welke herinneringen uit het geheugen kunnen worden opgehaald (herinneringsfunctie) en welke acties op grond van de beschikbare informatie worden ondernomen. Door deze functies ontstaan vicieuze cirkels, waardoor eenmaal geactiveerde assumpties zichzelf in stand houden en versterken (Hastie, 1981; Beck, Freeman, Pretzer, Davis, Fleming, Ottavani, Beck, Simon, Padesky, Meyer & Trexler, 1990). Als gevolg van de filterfunctie wordt met de assumptie strijdige informatie genegeerd, terwijl congruente informatie sneller wordt herkend. Door de betekenistoekennings- en transformatiefuncties kan ambigue of zelfs disconfirmerende informatie worden ver vormd tot met de assumptie overeenstemmende informatie. De herinneringsfunctie leidt tot herinnering van assumptie-congruente informatie uit het geheugen. Ten slotte kan activering van assumpties leiden tot gedragsreacties die de assumptie in stand kunnen houden. Dergelijke gedragsreacties leiden tot instandhouding van de preoccupatie met de door de assumptie opgeroepen gedachten en gedragingen of voorkomen disconfirmatie van assumpties (Salkovskis, 1991; Wells, Clark, Salkovskis, Ludgate, Hackman, & Gelder, 1995). Voorbeelden hiervan zijn veiligheidsgedrag, vermijdingsgedrag en gedachtenonderdrukking (Wells, 1997).

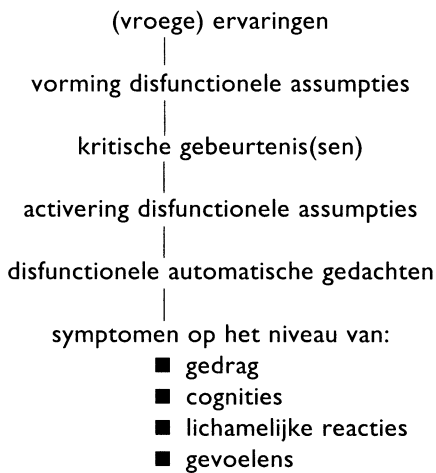
Basale assumpties zijn fundamentele opvattingen over de eigen persoon, over anderen en de wereld in het algemeen en over de toekomst, die als absolute waarheden beschouwd worden. Deze opvattingen zijn globaal, rigide en overgegeneraliseerd. Disfunctionele basale assumpties kunnen grofweg in twee categorieën verdeeld worden: assumpties die geassocieerd zijn met hulpeloosheid (bijvoorbeeld ik ben hulpeloos, ik ben incompetent, ik ben zwak) en assumpties geassocieerd met niet-geliefd zijn (bijvoorbeeld ik ben onaantrekkelijk, ik ben waardeloos, ik ben minderwaardig) (Beck, 1995; Beck, 1996).

Intermediaire assumpties zijn attitudes, regels en veronderstellingen, die tussen de basale assumpties en hun waarneembare output, de automatische gedachten, intermediairen. Ze zijn te onderscheiden in conditionele assumpties, instrumentele assumpties en attitudes. De conditionele assumpties hebben over het algemeen de vorm van een 'als-dan'-redenering, de instrumentele assumpties

omvatten regels en strategieën om negatieve ervaringen te vermijden en positieve te verkrijgen, terwijl de attitudes gekenmerkt worden door het catastrofale karakter ('het is verschrikkelijk om').

De automatische gedachten zijn de feitelijke woorden of beelden die in een specifieke situatie in iemand opkomen. Deze gedachten intermediairen tussen de situatie enerzijds en de emoties, gedragingen en fysiologische reacties anderzijds. Ze worden gekenmerkt door het automatische, bijna reflexmatige karakter en ze worden nagenoeg kritiekloos voor waar aangenomen. Iedereen heeft dergelijke aangeleerde automatische gedachten, die zowel waar als onwaar en zowel positief als negatief kunnen zijn.

Psychische stoornissen worden binnen dit cognitieve model opgevat als het gevolg van verstoorde informatieverwerking, waarbij selectieve aandachts-, interpretatie-, attributie- en geheugenprocessen een rol spelen. Deze verstoringen worden veroorzaakt door de activering van disfunctionele basale en intermediaire assumpties door bepaalde kritische gebeurtenissen. De disfunctionele assumpties komen tot uiting via disfunctionele automatische gedachten en leiden zo tot negatieve of disfunctionele gevoelens, lichamelijke reacties, gedragingen en weer nieuwe disfunctionele cognities. Van disfunctionaliteit is sprake als de automatische gedachten of assumpties een verstoring van de realiteit vormen, interfereren met het normale functioneren of leiden tot excessieve emotionele problemen. Het cognitieve model van psychopathologie is in figuur 1 weergegeven.



Figuur 1. Het cognitieve model.

Mensen met een psychische stoornis hebben de neiging consistent fouten in hun denken te maken, waardoor er een systematische vertekening in het cognitieve proces optreedt (Beck, 1976). De therapeut kan de cliënt in de loop van de therapie steeds meer attent maken op dergelijke redeneerfouten. De meest gerapporteerde redeneerfouten zijn (zie ook onder anderen Beck, 1995; Schurink & Ten Broeke, 1997; Albersnagel & Boelens, 1994; Arntz, 1997):

- *Dichotoom of zwart-wit denken*: situaties worden in uitersten beoordeeld in plaats van op een continuüm. Zo kan een sociaal fobicus bijvoorbeeld de gedachte hebben: 'Iedereen kijkt naar me', terwijl een depressieve cliënt de overtuiging kan hebben: 'Alles loopt bij mij verkeerd af.'
- *Catastroferen of de toekomst rampzalig voorspellen*: van toekomstige situaties wordt absoluut zeker geacht dat ze negatief zullen aflopen, waarbij aan andere mogelijkheden voorbij gegaan wordt. Een cliënt gekweld door paniekaanvallen heeft bijvoorbeeld de cognitie: 'Als ik naar die winkel ga, krijg ik een paniekaanval (en dat is verschrikkelijk)', een sociaal fobicus kan denken: 'In een vergadering ga ik trillen en dan zal iedereen me uitlachen.'
- *Emotioneel redeneren*: gevoelens (die eigenlijk overtuigingen zijn) worden als bewijs beschouwd voor de juistheid van een gedachte, waarbij tegengesteld bewijs genegeerd of onderschat wordt. 'Ik weet wel dat ik ook een hoop dingen goed doe op mijn werk, maar ik voel me toch een mislukkeling' is hiervan een voorbeeld.
- *Labelen of stickers opplakken*: er wordt snel een globaal, negatief oordeel over zichzelf of anderen geveld, zonder in ogenschouw te nemen dat het bewijs redelijkerwijs tot een minder desastreus oordeel zou kunnen leiden. Sombere cliënten kunnen zichzelf bij voorbeeld snel als 'loser' of 'mislukkeling' beschouwen als iets niet lukt.
- *Selectief abstraheren of mentaal filteren*: de aandacht wordt uitsluitend op een negatief detail gericht, waardoor de hele situatie of persoon als negatief beoordeeld wordt. Een voorbeeld hiervan is de cliënt die de afgelopen periode een keer een huiswerkopdracht niet heeft volbracht en vervolgens denkt: 'De hele week is mislukt'.
- *Gedachten lezen*: de gedachten van de ander worden voor die ander ingevuld, waarbij andere mogelijke verklaringen uit het oog verloren worden. Hiervan is sprake indien bijvoorbeeld de gesprekspartner een keer geeuwt en de ander denkt: 'Zie je wel, hij vindt me saai', waarbij de mogelijkheid dat de ander moe is of slecht geslapen heeft genegeerd wordt.

- *Overgeneraliseren*: op grond van een of enkele ervaringen worden overmatig negatieve conclusies getrokken. Een faalangstige cliënt kan na het behalen van een onvoldoende denken: 'Ik kan toch niet leren, ik ben te dom voor deze school'.
- *Personaliseren of personificeren*: gebeurtenissen of gedrag van anderen worden overmatig op de eigen persoon betrokken. Voorbeeld: 'De baas was vast en zeker chagrijnig omdat ik die fout heb gemaakt'.
- *Moet-denken*: exacte, vaststaande regels en eisen hanteren ten aanzien van zichzelf en anderen, waarbij het niet voldoen aan deze eisen als verschrikkelijk geïnterpreteerd wordt. Een boulimie-cliente hanteert bijvoorbeeld de regel: 'Ik mag niet dik zijn, anders ben ik onaantrekkelijk'. Een cliënt met een dwangstoornis kan de opvatting huldigen: 'Ik moet die broek drie keer wassen, anders is hij niet schoon en word ik ziek'.
- *Kansoverschatten*: de kans op het optreden van een gevreesde gebeurtenis wordt overschat. Een hypochondrische cliënt kan bijvoorbeeld de overtuiging hebben dat de kans op een hersentumor bij hoofdpijn 20% is.
- *Negatief denken*: neutrale of zelfs positieve gebeurtenissen worden als negatief geïnterpreteerd. Zo kan een cliënt denken: 'Ze zullen me wel zielig vinden', wanneer hij mee uit gevraagd wordt. Een ander voorbeeld is de cliënt die denkt: 'Het was puur geluk dat ik dat goed deed, het betekent niet dat ik competent ben', na afronding van een opdracht.
- *Lage frustratietolerantie hebben*: denken een situatie of gebeurtenis absoluut niet te kunnen verdragen of uithouden.
- *Dubbele standaard hanteren of meten met twee maten*: voor zichzelf rigide, strenge regels hanteren, die voor anderen niet gelden. Indien een cliënt zelf een fout maakt, vindt hij zichzelf een mislukking, terwijl hij de collega die dezelfde fout maakt geen mislukking vindt.
- *Overschatten en onderschatten*: onplezierige ervaringen worden relatief overgewaardeerd, plezierige dingen worden ondergewaardeerd. Voorbeeld: bij een gemiddelde beoordeling denkt een cliënt: 'Dat betekent dat ik incompetent ben', en bij een goede beoordeling: 'Dat betekent echt niet dat ik slim ben'.

De cognitieve therapie is erop gericht de disfunctionele automatische gedachten op te sporen, kritisch te onderzoeken en te vervangen door meer functionele alternatieven met als doel zowel het probleemgedrag en de negatieve emoties als de hieraan ten grondslag liggende assumpties te wijzigen. Om de interventies op relevante automatische gedachten te richten is het van belang on-

derscheid te maken tussen primaire disfunctionele automatische gedachten en secundaire gedachten (Wells, 1997). Primaire disfunctionele automatische gedachten bevatten voor een stoornis specifieke thema's. Bijvoorbeeld het thema gevaar bij angstklachten of de thema's verlies of zelfdevaluatie bij depressie. Secundaire gedachten zijn copinggerelateerde beoordelingen van een situatie. Het betreft thema's als ontsnapping, vermijding of neutralisatie van gevaar. Naast deze twee gedachtenvormen kunnen sommige gedachten volgens Wells (1997) als 'oppervlakte-gedachten' aangeduid worden. Dergelijke gedachten zijn wel representatief voor een primaire automatische gedachte, maar de precieze aard van het gevaar of verlies is onduidelijk. Een voorbeeld hiervan is de paniekpatiënt, die als disfunctionele gedachte rapporteert: 'Ik dacht dat ik in paniek ging raken'.

Ten slotte dient vermeld te worden dat er bepaalde universeel somber of verdrietig stemmende gebeurtenissen (ontslag, overlijden van een dierbare, mishandeling) bestaan. De gedachteketens in dergelijke situaties zijn niet de focus van cognitieve therapie, verwerkingsgerichte interventies zijn dan meer op hun plaats. Ook de 'normale' negatieve emoties, die bij het leven horen en de functie van waarschuwing voor gevaar of problemen hebben, zijn niet het onderwerp van cognitieve therapie.

Kenmerken van de cognitieve therapie van Beck

Cognitieve therapie is probleemgericht, het huidige probleemgedrag is het uitgangspunt van de behandeling. Volgens een gestructureerd behandelplan wordt in een beperkt aantal sessies aan concrete doelen gewerkt, waarbij zelfwerkzaamheid van de cliënt in toenemende mate via huiswerkopdrachten benadrukt wordt. Cliënt en therapeut vormen nadrukkelijk een team, waarbij elke gedachte van de cliënt als hypothese wordt beschouwd, die men samen gaat onderzoeken. De therapeut probeert de cliënt technieken aan te leren om zijn gedachten steeds meer zelf uit te dagen, zodat de cliënt als het ware zijn eigen cognitief therapeut wordt (figuur 2).

- Cognities staan centraal.
 - Probleemgericht: probleemgedrag als uitgangspunt.
 - Kortdurende: beperkt aantal sessies.
 - Gestructureerd en doelgericht: volgens afgesproken plan wordt aan concrete doelen gewerkt.
 - Actiegericht: nadruk op zelfwerkzaamheid met behulp van concrete huiswerkopdrachten.
 - Samenwerking: cliënt en therapeut vormen een team.
 - Wetenschappelijk karakter: cognities als te onderzoeken hypothesen opgevat.
 - Educatie: therapeut leert cliënt zelf met problemen om te gaan (overstijgend doel van cognitieve therapie).
-

Figuur 2. Kenmerken van de cognitieve therapie van Beck.

Het cognitieve therapieproces kent verschillende fasen, die elkaar gedeeltelijk kunnen overlappen. In de eerste fase worden het cognitieve model en de werkwijze gepresenteerd. De tweede stap is het leren identificeren van de disfunctionele automatische gedachten. Is de cliënt hiertoe voldoende in staat, dan wordt overgegaan tot uitdaging van deze gedachten en tot het formuleren van alternatieve, meer functionele gedachten. In de laatste fase worden de disfunctionele assumpties geïdentificeerd en uitgedaagd, en zo mogelijk vervangen door meer functionele alternatieven.

Elke cognitieve therapiesessie bevat een aantal elementen, die bijdragen aan een gestructureerd verloop van de afzonderlijke sessies en van de therapie in zijn geheel. Begonnen wordt met de stand van zaken en een score van de ernst van de problematiek in de afgelopen periode. Vervolgens wordt de agenda voor de betreffende sessie vastgesteld, waarop zowel de therapeut als de cliënt onderwerpen kunnen plaatsen. Het aspect van samenwerking wordt hiermee versterkt (Wells, 1997). Afhankelijk van het aantal agendapunten wordt onderhandeld over de onderwerpen die deze sessie aan bod zullen komen, waarbij de therapeut verantwoordelijk is voor het bewaken van de structuur en de voortgang van de behandeling. Op de agenda mag een bespreking van de huiswerkopdrachten niet ontbreken, waarna aan de overeengekomen agendapunten wordt gewerkt. Elke sessie wordt afgesloten met afspraken over nieuw huiswerk, een afsluitende samenvatting door de therapeut en feedback van de cliënt op deze sessie. Het is van belang voldoende tijd te besteden aan het maken van nieuwe huis-

werkafspraken en de rationale hiervan duidelijk uit te leggen. Opdrachten dienen gebaseerd te zijn op de inhoud van de sessie en aan te sluiten op de fase waarin de therapie zich bevindt. Op deze wijze wordt de motivatie van de cliënt vergroot en wordt het begrip van het cognitieve model versterkt (Wells, 1997).

In de eerste sessie wordt het cognitieve model uitgelegd, toegespitst op de problematiek van de cliënt, en wordt het cognitieve therapieproces besproken. De rollen van de cliënt en de therapeut worden helder gemaakt en de verwachte zelfwerkzaamheid wordt benadrukt. Algemene voorbeelden verduidelijken de centrale rol van cognities in het ontstaan van emoties en het daarmee samenhangende gedrag. In de literatuur wordt vaak het volgende standaardvoorbeeld beschreven:

'Stel, u ligt in bed en hoort een geluid. U denkt: "Dat is vast een inbreker!" Hoe zou u zich dan voelen? Stel nu dat u datzelfde geluid hoort, maar denkt: "Ik heb zeker een raam open laten staan en nu is die vaas omgewaaid door de wind". Hoe zou u zich dan voelen?'

Na algemene voorbeelden kunnen eigen voorbeelden van de cliënt in termen van het cognitieve model vertaald worden. Indien de cliënt geen voorbeelden te binnen schieten, kan hem gevraagd worden naar zijn gedachten en gevoelens op het moment dat hij in de wachtkamer zat. Het cognitieve model kan bekrachtigd worden door de cliënt uit te nodigen zich voor te stellen wat het effect op zijn emoties zou zijn als hij zou ontdekken dat zijn gedachten onjuist zijn. Het verdient aanbeveling de cliënt de uitleg van het cognitieve model in eigen woorden te laten samenvatten, om na te gaan of hij de uitleg goed begrepen heeft.

Het verloop van een behandeling in het algemeen kan voor de tweede sessie op de agenda geplaatst worden. De therapeut voorspelt dat de cliënt zich niet elke week iets beter zal voelen, maar dat er ups en downs voorkomen en dat er een terugval op kan treden. Door de gedachten van de cliënt na te vragen indien er een onverwachte terugval plaats zou vinden en deze uit te dagen wordt het cognitieve model impliciet bekrachtigd.

Gedurende de therapie formuleert de therapeut probleemsituaties zoveel mogelijk in termen van het cognitieve model en wordt vooruitgang toegeschreven aan veranderingen in denken en gedrag. Op deze wijze wordt het cognitieve model telkens weer bekrachtigd.

Identificeren van automatische gedachten

Na de presentatie van het cognitieve model en de werkwijze wordt overgegaan tot het leren opsporen van primaire disfunctionele automatische gedachten. Dit blijkt over het algemeen moeilijker voor de cliënt dan het zich in eerste instantie laat aanzien, daar automatische gedachten niet het product van een weloverwogen proces van denken zijn. Vaak is de persoon zich meer bewust van de emotie die hij ervaart ten gevolge van de gedachten dan van de gedachten zelf.

Identificatie kan op een aantal manieren plaatsvinden. Veranderingen in affect, gevoel of stemming zijn indicatief voor de activering van disfunctionele automatische gedachten. Op momenten dat dergelijke veranderingen zich in een sessie voordoen, kunnen de gedachten van de cliënt nagevraagd worden. Ook gedetailleerde beschrijvingen van specifieke situaties uit het dagelijks leven leiden vaak tot identificatie van automatische gedachten. Als alleen een beschrijving onvoldoende is, kan de cliënt gevraagd worden zich in te leven in de situatie, waardoor de gedachten makkelijker te reproduceren zijn. Betreft het een interpersoonlijke situatie dan kan een rollenspel behulpzaam zijn om de gedachten makkelijker toegankelijk te maken. Door gedragstechnieken als exposuretaken, symptoominductie en manipulatie van veiligheidsgedragingen worden disfunctionele gevoelens geactiveerd, waardoor automatische gedachten makkelijker toegankelijk worden. Vaak is slechts het suggereren hiervan al voldoende (Wells, 1997).

Het is van belang de letterlijke woorden of beelden, die de persoon in de betreffende situatie dacht, helder te krijgen. Vraag altijd of er nog andere gedachten of beelden waren in de betreffende situatie. In geval er secundaire gedachten gerapporteerd worden, dient doorgevraagd te worden naar de gevolgen van het niet kunnen uitvoeren van het disfunctionele coping- of vermijdingsgedrag om de primaire disfunctionele automatische gedachten te identificeren. Worden er 'oppervlakte'-gedachten gerapporteerd dan wordt doorgevraagd naar de betekenis van die gedachten.

De cliënt oefent thuis het opsporen van automatische gedachten met behulp van een registratieformulier voor het bijhouden van gedachten. De objectieve (als het ware door een videocamera geziene) situatie of gebeurtenis wordt kort beschreven. De gevoelens worden in principe gereduceerd tot de vier basisgevoelens bang, blij, boos of bedroefd, de zogenaamde vier B's. De omschreven gevoelens mogen geen gedachten bevatten. Wordt bij-

voorbeeld onder gevoel 'waardeloos' genoteerd, dan wordt dit gecorrigeerd tot de gedachte 'ik ben waardeloos', leidend tot een somber (= bedroefd) gevoel. De sterkte van het gevoel wordt aangegeven met een cijfer op een schaal van 0 tot 10 (= zeer sterk). Na uitdaging van de gedachten kan het effect hiervan op de gevoelens direct nagegaan worden door de sterkte nogmaals te scoren. Onder gedachten worden de letterlijke gedachten of beelden, die in de situatie door cliënts hoofd gingen, geregistreerd. Automatische gedachten waarin gevoelens verwoord worden, worden geherformuleerd tot een stelling die leidt tot het omschreven gevoel. De automatische gedachte 'ik voel me minderwaardig' wordt aldus geherformuleerd tot de gedachte 'ik ben minderwaardig', leidend tot gevoelens van somberheid. Gedachten in de vorm van een kreet (bijvoorbeeld 'oh jee!') of een vraag (bijvoorbeeld 'kan ik dat wel?') kunnen niet uitgedaagd worden en dienen omgezet te worden in een stelling. In het geval van een kreet leidt doorvragen naar de betekenis hiervan in relatie tot het genoteerde gevoel tot de uit te dagen gedachte.

Voorbeeld: Iemand met angst voor honden ziet een hond, denkt 'oh jee!' en voelt zich angstig. De gedachte achter deze kreet, die leidt tot het angstige gevoel, blijkt na doorvragen naar de betekenis van de kreet te zijn 'oh jee, die gaat me bijten!' Deze gedachte kan vervolgens uitgedaagd worden.

Bij een automatische gedachte in vraagvorm helpt doorvragen naar datgene wat leidt tot het gerapporteerde negatieve gevoel, de uit te dagen cognitie opsporen.

Voorbeeld: De gedachte 'kan ik het wel?' gaat in het algemeen gepaard met angstige gevoelens. In deze vraag liggen twee mogelijkheden besloten, de cliënt kan het wel, wat niet tot angst zal leiden, of de cliënt kan het niet. Deze laatste optie leidt tot angst en vormt de uit te dagen gedachte.

Na invulling van het registratieformulier wordt nagegaan of de genoteerde gedachten leiden tot het genoteerde gevoel. Voor elke automatische gedachte wordt de geloofwaardigheid gescoord in een percentage, dit met het oog op de eerder genoemde effectmeting na uitdaging. Het eerste doel van de uitdaging is het reduceren van de geloofwaardigheid van de automatische gedachten, waardoor de sterkte van het gevoel zal afnemen. Daar de gedachtenformulieren vooral in het begin van de behandeling vaak achteraf ingevuld worden is het van belang te vragen naar de geloofwaardigheid van de gedachten op het moment dat de beschreven situatie zich voordeed. In een later stadium is de geloofwaardig-

heid meestal reeds afgenomen, daar de afloop van de situatie reeds bekend is.

Een lijst met redeneerfouten kan meegegeven worden aan de cliënt, met de vraag deze thuis te bestuderen en eigen redeneerfouten te benoemen bij het invullen van de gedachtenregistratieformulieren.

Uitdagen van automatische gedachten

Tot uitdaging van gedachten wordt overgegaan wanneer zowel de sterkte van het gevoel als de geloofwaardigheid van de gedachten hoog zijn. In eerste instantie worden alleen automatische gedachten uitgedaagd, in een later stadium van de behandeling ook de assumpties. Bij het uitdagen van gedachten gelden twee criteria. Ten eerste wordt de validiteit van de gedachte getoetst. Vaak blijkt er objectief tegengesteld bewijs te bestaan. Ook kan de gedachte zelf correct blijken, maar is de hieruit getrokken conclusie onjuist. De gedachte 'ik heb een fout gemaakt' kan een correcte gedachte zijn, de conclusie 'daarom ben ik een mislukkeling' niet. Het tweede criterium bij het uitdagen van gedachten is de utiliteit van de gedachte. Indien zowel een gedachte als de conclusie daaruit correct zijn, maar leiden tot sterke negatieve emoties of interfereren met het normale functioneren, is de gedachte disfunctioneel. Een voorbeeld hiervan is een cliënt die voortdurend gedachten in de trant van 'al dat zinloze geweld tegenwoordig is toch verschrikkelijk' heeft, wat leidt tot sterke gevoelens van somberheid die interfereren met het dagelijks functioneren. In geval van dergelijke correcte maar disfunctionele gedachtenpatronen wordt het effect of het nut van dergelijke gedachten uitgevraagd, om vervolgens een meer functioneel en minimaal even geloofwaardig alternatief te formuleren. Ook het inventariseren – en zo nodig aanleren – van probleemoplossingsvaardigheden is in dergelijke gevallen een optie.

Naarmate de therapie vordert, wordt steeds meer getracht te komen tot alternatieve gedachten of interpretaties, waarvan eveneens de geloofwaardigheid gescoord wordt. Dit is vooral van belang bij cliënten met chronische- of persoonlijkheidsproblematiek, daar zij veelal geen alternatieve basale assumpties tot hun beschikking hebben (Padesky, 1994). Dergelijke cliënten zullen hun opvattingen ondanks geslaagde uitdagingen niet wijzigen, tenzij ze de beschikking krijgen over alternatieve, beter aangepaste assumpties (Nisbett & Ross, 1980; Arntz, 1997). Om geschikte alternatieven op te sporen kan de cliënt gevraagd worden hoe hij zou willen dat hij was. Belangrijk hierbij is te komen tot een formulering in

absolute termen, daar basale assumpties absoluut van vorm zijn (Padesky, 1994).

Na uitdaging wordt de geloofwaardigheid van de oorspronkelijke gedachten en de sterkte van de emotionele reactie opnieuw gescoord. Indien deze voldoende afgenomen zijn, kan overgegaan worden naar een volgend onderwerp.

Gaandeweg de therapie wordt de cliënt geleerd zelf zijn gedachten uit te dagen met behulp van de registratieformulieren voor het bijhouden van gedachten. De rol van de therapeut wordt steeds meer coachend. Na enkele sessies wordt de cliënt geadviseerd de uitdagingen ook in gedachten uit te voeren, zodat hij zich de nieuwe denkwijze geleidelijk aan meer eigen maakt en niet meer elke situatie in zijn geheel hoeft uit te schrijven.

Opsporen en uitdagen van assumpties

Nadat de cliënt er blijk van heeft gegeven het uitdagen van de automatische gedachten te beheersen en nadat er symptoomvermindering is opgetreden, kan overgegaan worden tot het opsporen en uitdagen van de intermediaire en basale assumpties. Alvorens hiermee te starten, wordt uitleg gegeven over assumpties aan de hand van een voorbeeld van de cliënt, waarbij het aangeleerde en dus veranderbare karakter benadrukt wordt.

Opsporing van assumpties kan op verschillende manieren plaatsvinden. Aan de hand van eerder ingevulde gedachtedagboeken kunnen terugkerende thema's geïdentificeerd worden. Dergelijke thema's weerspiegelen vaak een assumptie. Ook kan de cliënt assumpties noemen of beschrijven als automatische gedachten. Door het eerste deel van een assumptie aan te bieden aan de cliënt (voorbeeld: 'En als je niet hard genoeg werkt, dan?') of door direct te vragen naar regels, attitudes of denkwijzen (voorbeeld: 'Regelmatig hoor ik je zeggen. Welke regel hanteer je daarbij?') kunnen eveneens assumpties opgespoord worden. Een laatste mogelijkheid om assumpties te achterhalen is de neerwaartse-pijl-techniek (Burns, 1980). In plaats van een automatische gedachte uit te dagen wordt doorgevraagd naar de betekenis van de gedachte indien deze waar zou zijn. Het is hierbij raadzaam de rationale van dit doorvragen uit te leggen om negatieve reacties bij de cliënt te voorkomen. Met behulp van deze techniek kunnen de intermediaire assumpties over het algemeen opgespoord worden met de vraag 'wat betekent het voor je als de gedachte waar is?', terwijl de vraag 'wat zegt dit over je?' leidt tot identificatie van de basale assumpties.

Technieken

Cognitieve technieken zijn te onderscheiden in verbale technieken en gedragstechnieken. De meeste technieken kunnen zowel dienen als identificatie- als uitdaagstrategie. Gedragstechnieken volgen in den regel op de verbale technieken en hebben in principe meer overtuigingskracht.

Verbale technieken

De *socratische dialoog* verwijst naar een gespreksvorm waarin de therapeut en de cliënt systematisch nadenken over een fundamentele veronderstelling van de cliënt. Deze gespreksvorm ontleent haar naam aan de filosoof Socrates, die de ander tot inzicht trachtte te brengen door hem vragen te stellen (De Win, 1971; Störig, 1972). De therapeut stelt zich naïef en onwetend op en richt de aandacht van de cliënt op voor hem relevante informatie, door het gebruik van vragen en samenvattende beweringen. Het doel is zowel exploratie van de inhoud en betekenis van de gedachtengang van de cliënt als verandering van cognities, emoties en gedrag. Ook wordt kennis op assumptieniveau toegankelijker (Wells, 1997).

In de socratische dialoog worden directe en ongecompliceerde vragen gesteld. Bij voorkeur worden open vragen gebruikt. Dit zijn vragen die beginnen met wat, waar, wanneer of hoe. Waaromvragen zijn minder geschikt, daar het antwoord hierop vaak 'ik weet het niet' is. Dergelijke vragen kunnen in veel gevallen vervangen worden door de vraag 'wat is de reden?' De vragen kunnen onderverdeeld worden in algemene vragen en gerichte vragen. Algemene vragen zijn de eerste vragen om een onderwerp aan te snijden. Voorbeelden hiervan zijn: 'wanneer was de laatste keer dat je je somber voelde?', 'wat deed je toen?' en 'welke symptomen voelde je?' Gerichte vragen hebben tot doel zaken te verduidelijken of meer gedetailleerde informatie te verkrijgen. Zij zijn vaak gericht op het zoeken naar rampscenario's, de verwachte gevolgen van het eigen gedrag of de consequenties van het niet toepassen van veiligheidsgedragingen. 'Wat is het ergste dat zou kunnen gebeuren?', 'wat is daar zo erg aan?' en 'hoe zou men reageren als dat zou gebeuren?' zijn voorbeelden van gerichte vragen. Vragen worden gecombineerd met reflecties. De therapeut herhaalt aspecten van het antwoord van de cliënt, vaak in de vorm van een nieuwe vraag. Antwoordt een cliënt op de vraag 'hoe voelde je je toen?' met 'ik was bang en trilde over mijn hele lichaam', dan kan de therapeut vervolgen met de vraag: 'Toen je je bang en trillerig voelde (reflectie), welke gedachten gingen er toen door je hoofd?'

De kernvraag bij het identificeren van automatische gedachten is 'wat gaat/ging er door uw hoofd/gedachten?'. Vooral in het begin van het leren identificeren van gedachten schiet de kernvraag 'wat ging er door uw hoofd/gedachten' nog wel eens tekort. Aanvullende vragen die dan gesteld kunnen worden zijn:

- Waar dacht u vermoedelijk aan?
- Denkt u dat u dacht aan ... of aan ...? (de therapeut geeft mogelijke gedachten)
- Dacht u dat er iets zou kunnen gebeuren of herinnerde u zich iets dat al gebeurd is?
- Dacht u ...? (de therapeut noemt een gedachte tegengesteld aan de gedachte die hij verwacht bij de cliënt)
- Wat betekende deze situatie voor u? (deze vraag leidt veelal tot de intermediaire assumpties)
- Wat zegt deze situatie over u? (deze vraag leidt tot de basale assumpties)

Is het doel van de socratische dialoog uitdaging van de automatische gedachten, dan worden de vragen meer gericht op toetsing van de houdbaarheid van de gedachten zelf of de hieruit getrokken conclusie of van het effect van het hanteren van een dergelijk gedachtenpatroon. In tabel 1 zijn een aantal hierbij behulpzame vragen weergegeven (Beck, 1995).

Tabel 1. Socratische dialoog.

-
1. Wat is het bewijs?
Welke feiten ondersteunen deze gedachte?
Welk bewijs is er tegen deze gedachte?
 2. Is er een andere kijk mogelijk?
 3. Wat is het ergste dat zou kunnen gebeuren?
Wat is het beste dat zou kunnen gebeuren?
Wat is de meest realistische afloop?
 4. Wat is het effect van mijn manier van denken?
Wat zou een andere denkwijze mij opleveren?
 5. Wat kan ik eraan doen? (probleem oplossen)
 6. Wat zou ik tegen (een belangrijke ander) zeggen als hij/zij in dezelfde situatie verkeerde?
-

De eerste drie vragen (series) zijn gericht op het criterium validiteit, de vragen 4, 5 en 6 op het utiliteitscriterium.

De heer De Munnik meldde zich aan voor behandeling in verband met sociaal-fobische klachten, die hem voornamelijk parten spelen voorafgaand aan en tijdens vergaderingen met collega-projectleiders of met klanten. Voor een vergadering waarin hij de doelstellingen voor de komende drie maanden diende te formuleren werd hij gekweld door gedachten als 'ik ben minder dan de anderen' en 'ik weet niets en ben niet creatief, die voor hem 90% geloofwaardig waren. Hij was ervan overtuigd (80%) dat 'anderen dit ook vinden'. Deze gedachten leidden tot aanzienlijke angst (sterkte 80). Bij navraag bleek de heer De Munnik geen bewijzen voor zijn gedachten te hebben. Integendeel, zijn werk werd altijd redelijk tot goed beoordeeld en collega's hadden nooit eerder aangegeven dat hij minder of niet goed genoeg zou zijn. Het ergste wat zou kunnen gebeuren was dat hij helemaal niet meer uit zijn woorden kan komen. Na enig nadenken schatte hij in dat de kans hierop klein was (10%). Door op deze wijze zijn gedachten kritisch te bespreken, zag hij in dat zijn denkwijze hem angst en spanning opleverde, met als gevolg dat de kans dat hij minder goed zou functioneren wellicht groter werd. Hij formuleerde de volgende alternatieve cognities: 'ik ben onzeker, maar dat maakt mij niet minder dan anderen' (95% geloofwaardig), 'mijn collega's waarderen mij' (90% geloofwaardig) en 'mijn werk wordt doorgaans goed beoordeeld' (100% geloofwaardig). De geloofwaardigheid van de oorspronkelijke gedachten bleek na uitdaging afgenomen tot respectievelijk 40%, 40% en 10%, terwijl de angst gereduceerd was tot een sterkte van 30.

Bij de heer Goedhart leidde de overtuiging dat wanneer hij een keer een brief op het verkeerde adres zou bezorgen, men hem een slechte postbode zou vinden en hem zou ontslaan (80% geloofwaardig) tot sterke angst-gevoelens (80). Als gevolg hiervan voerde hij zijn werk zeer consciëntieus uit, controleerde tweemaal of het adres op de envelop correspondeerde met het brievenbusnummer, waardoor zijn werk hem veel meer tijd kostte dan nodig. Op de vraag of hij ooit in zijn 14-jarige loopbaan een brief verkeerd bezorgd had, gaf hij te kennen in de loop der jaren een aantal brieven verkeerd bezorgd te hebben, tot ongeveer vier jaar geleden (toen de klachten begonnen). Tot zijn verbazing moest hij erkennen dat hij hierop nooit kritiek had gekregen, noch van zijn baas, noch van collega's. Ook was hij op grond van die fouten niet ontslagen. Op de vraag of het beleid vier jaar geleden zodanig veranderd was dat het verkeerd bezorgen van een brief tot ontslag zou leiden, moest hij ontkennend antwoorden. Hij kon zich ook niet herinneren wanneer voor het laatst een collega voor een dergelijke fout ontslagen was. Wanneer een collega post verkeerd bestelde, vond de heer Goedhart hem niet meteen een slechte postbode, want 'het is menselijk fouten te maken'. Het ergste wat kon gebeuren was dat hij daadwerkelijk post verkeerd zou bezorgen en er een klacht zou worden ingediend. Dit zou volgens de heer Goedhart niet meteen tot ontslag leiden. Mochten er meerdere klachten komen in korte tijd dan zou hij eerst door zijn chef voor een gesprek uitgenodigd worden. Zou zijn functioneren vervolgens niet

verbeteren dan zou een berisping volgen en pas in laatste instantie zou ontslag een optie worden. Hij formuleert de alternatieve cognitie dat hij zijn werk reeds 14 jaar naar behoren uitvoert, zijn functioneren altijd als goed beoordeeld is en dat elke postbode weleens een fout maakt, wat niet meteen tot ontslag leidt (75% geloofwaardig). De oorspronkelijke cognitie blijkt na uitdaging nog slechts 20% geloofwaardig, terwijl de angst afgenomen is tot 30.

Het *cognitief continuüm* kan toegepast worden indien de gedachten een gepolariseerde denkwijze weerspiegelen, het zogenoemde dichotoom of zwart-wit denken. Van de genoemde pool wordt de tegenpool opgespoord, waarna beide polen grafisch weergegeven worden op de uiteinden van een continuüm. De cliënt wordt gevraagd de grenzen aan te geven die bepalen of iemand tot de polen behoort. Vervolgens kent de cliënt scores toe aan zichzelf en andere mensen, die slechter of beter zijn op de betreffende dimensie. De scores worden op het continuüm aangegeven. Het doel hierbij is een verschuiving van een absolute opvatting naar een meer evenwichtige opvatting. Een continuüm dient veelal gedurende enkele weken of zelfs maanden herhaaldelijk gebruikt te worden in de therapie om een definitieve verschuiving van de oorspronkelijke opvatting te bewerkstelligen (Padesky, 1994). Padesky (1994) beschrijft verschillende toepassingsmogelijkheden van continua.

De heer Van Gelderen beschouwde zichzelf als een onwaardig mens. Hij gaf zichzelf een score van honderd procent onwaardig op een continuüm, dat varieerde van honderd procent onwaardig tot honderd procent waardig. Hem werd gevraagd ook andere mensen op het continuüm te plaatsen. Vrienden en geliefden werden in het gebied tussen zestig en vijftiennegentig procent waardig geplaatst. Mensen aan wie hij een hekel had (bijv. zijn vader, die hem vroeger kleinerde, zijn baas die hem vervelend bejegende) kregen een score tussen de vijftiennegentig en vijftientachtig procent onwaardig. Zijn eigen score schoof vervolgens op naar tachtig procent onwaardig, omdat hij in elk geval niemand doelbewust kleinerde of onheus bejegende. In de loop van de therapie werd hem telkens weer gevraagd zichzelf op het continuüm te beoordelen; geleidelijk aan verschoof zijn oordeel in de richting van waardigheid.

Het *meerdimensionaal evalueren* is een aan het cognitief continuüm verwante techniek. Hierbij wordt eerst het globale oordeel van de cliënt over zichzelf bepaald, waarna de therapeut en de cliënt samen het tegenovergestelde globale oordeel zoeken. Beide oordelen worden op een continuüm uitgezet. Concrete gedragingen, eigenschappen of feiten die leiden tot een van de globale oordelen worden opgespoord en elk op een apart continuüm weergegeven. De cliënt beoordeelt zowel zichzelf als (belangrijke) anderen op elke dimensie.

Zo gaf de heer Brand zichzelf op de cognitie: 'ik ben een slechte therapeut' een score van vijftig procent op een continuüm lopend van nul procent tot honderd procent (goede therapeut). Vervolgens werd hem gevraagd de eigenschappen van een goede therapeut op te sommen en voor elke gerapporteerde eigenschap zichzelf een score toe te kennen. Voor luisteren gaf hij zichzelf een score van tachtig procent, voor theoretische kennis vijftig procent en voor probleemverheldering vijftig procent. Een door hem bewonderde collega kende hij scores van respectievelijk vijftien, zeventig en tachtig procent toe, een door hem als slechte therapeut beoordeelde collega kreeg daarentegen scores van veertig, zestig en twintig procent toebedeeld. Deze laatste collega beoordeelde hij als veertig procent goede therapeut; zijn eigen waardering steeg vervolgens naar zestig procent op de dimensie goede therapeut.

Een tweede mogelijkheid is de cliënt zichzelf (en eventueel ook anderen) voor elke gedraging, eigenschap of feit een rapportcijfer te laten geven, op basis waarvan de gemiddelde score voor beide globale oordelen berekend kan worden.

De eerder genoemde cliënt die zichzelf als onwaardig beschouwde, noemde als eigenschappen van een waardig mens eerlijkheid, vriendelijkheid, begripvol zijn, rustig gedrag, rechtvaardigheid, sociaalvoelend zijn en flexibiliteit; hij gaf zichzelf op deze dimensies respectievelijk de rapportcijfers 7, 7, 5, 7, 8, 7 en 5. Dit leidde tot een gemiddelde score op de dimensie 'waardigheid' van 6,8.

Als de cliënt zichzelf op elke dimensie een lage score toebedeelt, kan de therapeut de situatie in een breder perspectief plaatsen door te vragen of deze scores betekenen dat het oordeel in elke situatie geldt. Andere opties zijn te vragen hoe een belangrijke ander hem zou beoordelen op de verschillende dimensies of te zoeken naar adequate probleemoplossingsmogelijkheden.

De *twee-kolommenteknik* (of: kosten-batenanalyse) kan behulpzaam zijn bij het opsporen van de bewijzen voor en tegen een specifieke interpretatie van een situatie of om de kosten en baten van het hanteren van een denkwijze of gedraging te bepalen. De cliënt wordt gevraagd zoveel mogelijk bewijzen voor en tegen de uit te dagen gedachte te genereren, die in twee kolommen tegen elkaar afgezet worden. Eventueel kan aan elk der alternatieven een waarde worden toegekend. Deze techniek kan ook toegepast worden als beslissingsstrategie.

De *taartpunttekniek* is geschikt bij dichotoom denken, catastroferen, kansoverschatten en overgeneraliseren. De cliënt wordt uitgenodigd zoveel mogelijk alternatieve interpretaties te bedenken, waaraan een restcategorie in de vorm van een vraagteken wordt toegevoegd voor niet-bedachte verklaringen. Hierdoor wordt het niet-uitputtende karakter van de lijst benadrukt. Voor elk van de alternatieven wordt de geloofwaardigheid gescoord.

De som van de scores dient samen 100% te zijn, waarna de percentages in een taartpunctdiagram weergegeven kunnen worden.

Mevrouw De Wit had de stellige overtuiging (90%) dat maagpijn betekende dat zij maagkanker had. Als alternatieve verklaringen voor de maagpijn bedacht zij: buikgriep (30%), verkeerd/bedorven voedsel (10%), maagzweer (10%), virusinfectie (5%) of een signaal van spanning (10%). De ?-categorie kreeg een score van 5%. De totaalscore van de alternatieve verklaringen was 70%, de verklaringswaarde van maagkanker nam aldus af tot 30%.

Een *kansschatting* kan gemaakt worden als de kans op het optreden van een gevreesde of negatieve gebeurtenis sterk overschat wordt. Bibliotherapie en informatieverstrekking door de therapeut kunnen hierbij behulpzaam zijn.

De heer Van de Water werd bijvoorbeeld gevraagd bij onder meer de GGD te informeren naar de kans op darmkanker bij mannen van zijn leeftijd. Deze kans bleek aanzienlijk kleiner dan de kans van 70% waarvan hij overtuigd was.

Assumpties van (belangrijke) anderen als referentiepunt nemen helpt afstand te nemen van de eigen disfunctionele gedachte of assumptie en geeft inzicht in een mogelijke dubbele standaard die de cliënt hanteert ten aanzien van zichzelf en anderen.

Nancy legt zichzelf met betrekking tot haar studie hoge eisen op. Ze moet hoge cijfers behalen (minimaal een zeven), lagere cijfers betekenen dat ze een mislukking is. Deze opvatting leidt tot spanning en faalangst. Haar wordt gevraagd welke opvatting haar beste vriendin Jolanda hanteert ten aanzien van studieresultaten. Zij blijkt de mening toegedaan dat een zes voldoende is en dat een onvoldoende haar niet tot een mislukking maakt, met als gevolg dat ze minder spanning ervaart dan Nancy. Bij navraag vindt Nancy de opvatting van Jolanda 70% geloofwaardig en ze verwacht zich minder gespannen te voelen indien ze zich de opvatting van Jolanda eigen zou maken.

Zelfonthulling door de therapeut kan de cliënt helpen de eigen problemen of assumpties in een ander perspectief te zien.

De heer Kramer vertelt zich altijd gespannen te voelen wanneer hij een presentatie moet houden. Deze spanning blijkt hem bij doorvragen niet in zijn functioneren te belemmeren. De therapeut geeft hierop te kennen zelf ook een bepaalde mate van spanning te ervaren in dergelijke situaties. Hij vult hierbij aan dat dit volgens hem normaal is en zelfs van belang om een goede prestatie te kunnen leveren, waarbij hij de vergelijking trekt met de 'gezonde wedstrijdspanning' van een topsporter voorafgaande aan een belangrijke wedstrijd.

Functionele vergelijkingen met zichzelf leren maken is van belang als de cliënt de neiging heeft zich te vergelijken met zichzelf zoals hij vroeger was of met zijn ideale zelf, waardoor gevoelens van disforie in stand blijven of versterkt worden. De cliënt wordt ge-

leerd zich te vergelijken met zichzelf op zijn slechtste punt, waardoor elke verbetering ook daadwerkelijk als vooruitgang geïnterpreteerd wordt.

Mevrouw De Groot is in behandeling voor paniekaanvallen met agorafobie. Bij aanmelding kwam zij niet meer buitenshuis. In de loop van de behandeling reist zij in het kader van een exposure-in-vivo-opdracht één halte met de tram. Ondanks de succesvolle uitvoering van deze opdracht rapporteert ze in de eerstvolgende sessie niet tevreden te zijn met haar prestatie, daar 'het eigenlijk niets voorstelt, want ik zou toch gewoon overal heen moeten kunnen, zoals vroeger'. Met haar wordt besproken het moment van aanmelding als ijkpunt te gaan nemen. Vergeleken met het moment dat ze zich niet meer buiten haar huis begaf, is één halte met de tram reizen een stap in de goede richting, waarover zij tevreden kan zijn.

De therapeut kan in een later stadium van de behandeling, wanneer de cliënt het uitdagen van gedachten goed beheerst, de rol van *advocaat-van-de-duivel* op zich nemen. Hij valt de geformuleerde alternatieve gedachten aan, waarbij de cliënt argumenten formuleert om de aanval te ontcrachten of te nuanceren. De geloofwaardigheid van de alternatieve gedachte wordt aldus versterkt.

Gedragstechnieken

In *gedragsexperimenten* worden cognities als hypothesen opgevat, die in de praktijk getoetst gaan worden. Aan de hand van een ingebrachte situatie worden eerst de disfunctionele cognities en hun geloofwaardigheid bepaald en vervolgens alternatieve cognities en hun geloofwaardigheid. Therapeut en cliënt ontwerpen samen een experiment, waarbij vooraf concrete, eenduidige en gedetailleerde afspraken worden gemaakt over de uitvoering en over de bewijzen voor zowel de oorspronkelijke- als de alternatieve gedachten. Vervolgens voert de cliënt het experiment uit. De uitkomst wordt geëvalueerd in de volgende sessie, waarna de geloofwaardigheid van beide gedachten gescoord worden. Hieruit worden conclusies getrokken en afhankelijk van de uitkomst wordt de oorspronkelijke opvatting verworpen of bijgesteld. Om een cognitie te wijzigen zijn veelal meerdere experimenten nodig (Nisbett & Ross, 1980; Arntz, Van Eck & Heijmans, 1990).

Een experiment kan nooit als mislukt beschouwd worden. Is de uitkomst van een experiment ongewenst (de oorspronkelijke gedachte blijkt waar te zijn), dan betreft het toch de werkelijkheid. De cliënt kan vervolgens geleerd worden adequate reacties hierop te ontwikkelen.

Een voorbeeld is het experiment dat opgezet werd met mevrouw Van der Vaart, die de mening is toegedaan dat duizeligheid wijst op een hersentumor (90% geloofwaardig). Met haar wordt afgesproken te onderzoeken of dui-

zeligheid ook opgewekt kan worden, wat er op zou wijzen dat duizeligheid ook andere oorzaken kan hebben dan een hersentumor (= de alternatieve hypothese). Als experiment zal zij gedurende 60 seconden ronddraaien op een stoel. Het resultaat is dat zij inderdaad duizelig wordt, wat als aanwijzing voor de alternatieve hypothese opgevat kan worden.

Mevrouw Blauw is bang in een drukke trein flauw te vallen. Ze schat de kans hierop in op 50%. De alternatieve hypothese is dat de kans kleiner dan 50% is. Met haar wordt de afspraak gemaakt voor de volgende sessie twee keer in de ochtendspits met de trein te reizen. Valt ze een keer flauw dan is dit een aanwijzing voor de oorspronkelijke gedachte, valt ze niet flauw, dan geeft dat steun aan de alternatieve gedachte. De volgende sessie meldt mevrouw Blauw trots en opgelucht niet flauwgevallen te zijn.

Rolwisseling is geïndiceerd in geval van disfunctionele gedachten over de ander in interpersoonlijke relaties, waarbij de cliënt door de rol van de ander te spelen de situatie vanuit diens perspectief kan gaan bezien.

Indien de cliënt na uitdaging verstandelijk begrijpt dat de gedachte disfunctioneel is, maar deze nog als 'waar' aanvoelt, kan het *rationeel-emotioneel rollenspel* toegepast worden (Young, 1990). De cliënt speelt hierin eerst zijn emotionele deel, de therapeut het rationele deel van de cliënt. In een tweede rollenspel worden de rollen omgedraaid, waardoor de cliënt leert rationeel te reageren op zijn eigen door emoties ingegeven zorgen.

Door een *logboek van positieve zelfbeweringen* bij te houden kan de aandacht van de cliënt op positieve informatie over zichzelf gericht worden, die strijdig is met de uit te dagen gedachte of assumptie. Een ander aspect van deze techniek is dat volgens de cognitieve theorie positieve zelfbeweringen sowieso tot positieve gevoelens leiden. Padesky (1994) adviseert in geval van persoonlijkheidsproblematiek het logboek minimaal zes maanden bij te laten houden om de geformuleerde alternatieve assumpties vaste vorm te laten aannemen.

Worry exposure (Brown, O'Leary & Barlow, 1993) is geïndiceerd voor cliënten die de neiging hebben de toekomst op rampzalige wijze te voorspellen en/of die hierover overmatig piekeren. De belangrijkste thema's worden genoteerd, waarna de cliënt gevraagd wordt zich voor elk thema gedurende 25 tot 30 minuten de meest gevreesde uitkomst voor te stellen zonder te relativiseren. Na een aanvankelijke angst- of spanningsstijging zal de angst of spanning in de loop van deze periode afnemen. Vervolgens bedenkt en noteert de cliënt zoveel mogelijk alternatieve verklaringen of oplossingen voor zijn angstige verwachting.

In een *mini-onderzoek* verzamelt de cliënt informatie met betrekking tot zijn cognities door observatie van gebeurtenissen of het ondervragen van anderen (Wells, 1997).

Mevrouw Hagens wast haar handen extreem vaak, uit angst voor besmetting, wat haar belemmert in haar beroepsmatig functioneren en leidt tot huidproblemen. Ze betwijfelt de disfunctionaliteit van haar gedachten en gedrag, daar zij het in haar beroep van verpleegster noodzakelijk vindt haar handen geregeld te wassen. Met haar wordt afgesproken aan vijf in haar ogen goede verpleegsters te vragen hoe vaak zij hun handen wassen tijdens een dienst. Als blijkt dat zij allemaal hun handen aanzienlijk minder wassen dan zijzelf, leidt dit tot afname van de geloofwaardigheid van de oorspronkelijke cognities ten aanzien van handen wassen.

Het manipuleren van veiligheidsgedragingen kan leiden tot zowel identificatie van disfunctionele gedachten als het optreden van disconfirmerende gebeurtenissen. Het niet meer bij zich dragen van medicijnen, of van een plastic zakje door een panieklieënt, of het niet langer geruststelling vragen aan anderen door een cliënt met een gegeneraliseerde angststoornis zijn voorbeelden hiervan.

Activiteitenregistratie- en planning kan behulpzaam zijn bij het opsporen van bewijzen tegen een disfunctionele opvatting. De depressogene gedachte 'ik kom tot niets meer' kan bijvoorbeeld met behulp van deze techniek weerlegd worden.

Door *selectieve aandachtsexperimenten* kan inzichtelijk worden gemaakt dat zelfgerichte aandacht leidt tot een verhoogd bewustzijn van normale lichamelijke sensaties, die gewoonlijk niet opgemerkt worden. Door de aandacht erop te richten kunnen deze verschijnselen als een nieuw of ernstig symptoom opgevat worden.

De heer Wetering was reeds jaren zeer alert op zijn hartslag. Hij registreerde elke onregelmatigheid, wat vervolgens leidde tot angstige cognities en een bezoek aan zijn huisarts. Hem werd gevraagd zijn ogen te sluiten, zijn aandacht te richten op zijn linkerduim en te rapporteren wat hij voelde. De heer Wetering was verrast door alle sensaties die hij bij zichzelf gewaar werd, maar nooit eerder had opgemerkt. Deze ervaring leidde tot een eerste verandering in de geloofwaardigheid van zijn cognitie dat iedere onregelmatigheid aan zijn hartslag een indicatie was voor een naderend hartinfarct.

Symptoominducties leiden tot opsporing van disfunctionele cognities en zijn behulpzaam bij uitdaging. Door symptomen zelf op te wekken leert een cliënt dat hij zelf controle heeft over de symptomen en dat de gevreesde catastrofe niet plaatsvindt. Interoceptieve exposure-opdrachten uit de gedragstherapie zijn voorbeelden hiervan.

Het *historisch rollenspel* (Young, 1990) wordt met name toegepast in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. De hy-

pothese hierbij is dat vroeg gevormde, disfunctionele basale assumpties het meest effectief bewerkt kunnen worden door de kinderlijke interpretatie van ervaringen die aan de vorming van de assumpties ten grondslag liggen, te bewerken. Een voor de te bewerken assumptie belangrijke vroege ervaring vormt het uitgangspunt voor drie rollenspelen. In het eerste speelt de cliënt zichzelf als kind, waarna de oorspronkelijke interpretatie en de gevoelens geformuleerd worden. In een tweede rollenspel worden de rollen van de therapeut en de cliënt omgekeerd, waarbij de cliënt aangeemoedigd wordt zichzelf in te leven in de gevoelens en gedachten van de ander (bijvoorbeeld een ouder). Hij krijgt hierdoor een ander perspectief op de situatie aangeboden, wat tot herevaluatie van de oorspronkelijke interpretatie kan leiden. Op basis van deze nieuwe interpretatie wordt een nieuwe rol of nieuw gedrag voor het kind ontwikkeld. Deze nieuwe rol speelt de cliënt in een afsluitend rollenspel, dat fungeert als test van de oorspronkelijke en van de alternatieve interpretatie.

Hetzelfde doel als het historisch rollenspel dient de *historische test* (Young, 1984). De cliënt wordt uitgenodigd herinneringen uit zijn gehele leven te registreren, die bijgedragen kunnen hebben aan de te bewerken basale assumptie. Vervolgens worden herinneringen die niet stroken met de assumptie genoteerd. Aan de hand hiervan wordt elke levensfase samengevat, waarin zowel de bewijzen voor als tegen de assumptie worden verwerkt. Als grenzen van levensfasen kunnen veelal natuurlijke gebeurtenissen gehanteerd worden als verandering van school of baan.

Padesky (1994) beschrijft het voorbeeld van Peter, die de basale assumptie 'ik ben abnormaal' met behulp van deze techniek uitdaagde. Voor de baby- en peuterleeftijd vond hij na literatuurstudie over kinderen van die leeftijd en gesprekken met zijn moeder over die periode van zijn leven als enig assumptiebevestigend bewijs het feit dat hij een koliek had gehad. Als bewijzen tegen zijn abnormaliteit vond hij de feiten dat hij een normale eetlust bezat, hij op normale leeftijd leerde kruipen, lopen en spreken, hij graag voorwerpen in zijn mond stak en hij het leuk vond om kiekeboe te spelen. Dit bracht hem tot de volgende samenvatting van deze levensfase: 'Tot mijn tweede jaar was ik een tamelijk normaal kind. Ik had een koliek, maar veel kinderen hebben daar last van'. In de volgende sessies werden de verschillende levensfasen op dezelfde wijze samengevat, waarna Peter een afsluitende samenvatting van zijn leven schreef, waarin de bewijzen voor en tegen zijn assumptie verwerkt werden en de kiem voor een alternatief, meer functioneel schema zichtbaar werd.

Besluit

In dit artikel zijn de praktische toepassingsmogelijkheden van technieken van de cognitieve therapie volgens de methode van Beck uitgebreid beschreven. Het praktische nut en de specifieke kenmerken van de therapeutische relatie zijn hierbij onbesproken gebleven.

In gecontroleerd onderzoek is inmiddels de effectiviteit voor een scala aan psychopathologische beelden aangetoond (zie onder meer Beck, 1995; Arntz & Bögels, 1995). Voor enkele stoornissen, zoals hypochondrie en persoonlijkheidsproblematiek, zijn de resultaten uit gevalsstudies en beperkt onderzoek veelbelovend, doch nog onvoldoende onderzocht (zie onder meer Warwick, Clark, Cobb & Salkovskis, 1996; Beck et al., 1990; Bögels & Arntz, 1996). Cognitieve therapie bleek in deze onderzoeken niet altijd superieur aan andere therapievormen. Wel bleek cognitieve therapie een nawerkingseffect te hebben (Emmelkamp et al., 1989; Warwick et al., 1996), waardoor mensen op de langere termijn (ook na beëindiging van de therapie) verder verbeteren. Dit is mogelijk te danken aan het overstijgende doel van de cognitieve therapie: de cliënten technieken aanleren, waardoor ze zelf toekomstige stressvolle situaties beter kunnen hanteren.

De therapeutische relatie in de cognitieve therapie wordt gekenmerkt door een aantal specifieke elementen. De therapeut en de cliënt vormen een onderzoeksteam, waarbij de cliënt in toenemende mate de leidende rol op zich neemt. De taak van de therapeut is enerzijds de cliënt aan te leren om zijn eigen cognitief therapeut te worden, anderzijds om de cliënt door het stellen van vragen aan het denken te zetten over zijn eigen denkwijzen. Elke gedachte van de cliënt wordt serieus genomen en opgevat als een te onderzoeken hypothese, die met behulp van empirische gegevens op houdbaarheid wordt onderzocht (Beck spreekt van 'collaborative empiricism'). In dit proces dient de therapeut zich te hoeden voor pogingen de cliënt te overtuigen van de disfunctionaliteit van zijn gedachten of hierover te discussiëren of te redetwisten (zie ook Marks, 1987). De therapeut is niet degene die het bewijs van de onhoudbaarheid of disfunctionaliteit van de cognities van de cliënt hoeft te leveren.

Ten slotte dient opgemerkt te worden dat enigszins kunstmatig getracht is puur cognitieve technieken te onderscheiden van gedragstherapeutische behandelingsmethoden. Het theoretische verschil tussen gedragstherapeutische en cognitieve technieken is gelegen in het doel. Bij gedragstherapeutische technieken is directe modificatie van symptomen het doel (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995; Wells, 1997); het doel van gedragstechnieken in de

cognitieve therapie is de veronderstellingen van de cliënt, die leiden tot ongewenste emoties, te onderzoeken op hun houdbaarheid door het verzamelen van empirische gegevens (Salkovskis, 1991; Arntz, 1991). In de praktijk zijn cognitieve behandelingsmethoden vanaf de jaren zeventig in toenemende mate gemeengoed geworden binnen de gedragstherapie, wat heeft geleid tot cognitief-gedragstherapeutische interventiemodellen voor een scala aan psychische problematiek (zie onder meer Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989; Barlow, 1993; Clark & Fairburn, 1997; Freeman & Dattilio, 1992; Scott, Williams & Beck, 1989). Hierin vullen de technieken elkaar aan; zo kan bijvoorbeeld bijstelling van angstige cognities het uitvoeren van een exposure-opdracht faciliteren, terwijl het onder controle krijgen van ongewenste impulsen met behulp van een zelfcontroleprogramma kan bijdragen aan het veranderen van een negatieve assumptie. Op deze wijze kunnen cognitieve technieken ook een rol spelen in de behandeling van stoornissen (als agorafobie) waarbij in principe volstaan kan worden met exposure-programma's (Arntz, 1991). Het grootste belang van de grotere aandacht binnen de gedragstherapie voor de rol van cognities bij het ontstaan en de behandeling van psychische klachten lijkt gelegen in het feit dat het toepassingsgebied zich mede hierdoor heeft uitgebreid van affectieve- en angststoornissen naar psychotische- en persoonlijkheidsproblematiek.

Met dank aan Gerda Methorst voor haar kritisch commentaar en de nuttige tips en aanvullingen bij de totstandkoming van dit artikel.

Summary

Beck's cognitive therapy

In this article, Beck's cognitive therapy is presented. After a review of the rise of cognitive therapy in general and cognitive restructuring methods in particular, the theory, features and application of the various techniques in this therapy are described.

Key words: cognitive therapy, Beck.

Literatuur

- Albersnagel, F.A., & Boelens, W. (1994). Cognitieve therapie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, deel 2* (pp. 97-107). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Arnkoﬀ, D.B., & Glass, C.R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D.K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 657-694). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve therapie, 11*, 252-268.
- Arntz, A. (1995). Ten geleide. *Psychotherapie, 4*, 395.
- Arntz, A., & Bögels, S.M. (1995). Cognitieve therapie bij angststoornissen: Een overzicht. In J.A. den Boer & H.M.G. Westenberg (red.), *Leerboek angststoornissen: Een neurobiologische benadering* (pp. 323-357). Utrecht: De Tijdstroom.
- Arntz, A. (1997). Cognitieve theorieën. In H.T. van der Molen, S. Perreijn & M.A. van den Hout (red.), *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (pp. 174-215). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Arntz, A., Eck, M. van & Heymans, M. (1990). Predictions of dental pain: The fear of any expected evil is worse than the evil itself. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 29-41.
- Barlow, D. (Ed.) (1993). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: The Guilford Press.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571.
- Beck, A.T. (1971). Cognition, affect and psychopathology. *Archives of General Psychiatry, 24*, 495-500.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1996). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psycho-evolutionary approach. In C.R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D.D., Fleming, B., Ottavani, R., Beck, J., Simon, J.M., Padesky, C., Meyer, J., & Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bögels, S.M., & Arntz, A. (1996). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, deel 3* (pp. 242-264). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brewin, C.R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. Hove/London: Lawrence Erlbaum.
- Brown, T. A., O'Leary, T.A., & Barlow, D.H. (1993). Generalized Anxiety Disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 137-188). New York: The Guilford Press.
- Burns, D.D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet.

- Clark, D.M., & Fairburn, C.G. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Diekstra, R.F.W. (1976). *Ik kan denken/voelen wat ik wil*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Diekstra, R.F.W., & Dassen, W.F.M. (1979). *Inleiding tot de rationele therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dryden, W., & DiGiuseppe, R. (1994). *Rationeel-emotieve therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168.
- Ellis, A. (1994). Appendix. Speciale eigenschappen van de rationeel-emotieve therapie. In W. Dryden & R. DiGiuseppe, *Rationeel-emotieve therapie* (pp. 123-141). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.) (1977). *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Scholing, H.A. (1995). *Angst, fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Freeman, A., & Dattilio, F.M. (Eds.) (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Hastie, R. (1981). Schematic principles in human memory. In E.T. Higgins, C.P. Herman & M.P. Zanna (Eds.), *Social cognition: The Ontario Symposium*, Vol. 1, 39-88. Hillsdale: Erlbaum.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (Eds.) (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hollon, S.D., & Beck, A.T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4 ed., pp. 482-466). New York: Wiley.
- Mahoney, M.J., & Arnkoff, D.B. (1978). Cognitive and self-control therapies. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Maultsby, M.C. (1975). *Help yourself to happiness through rational self-counseling*. Boston: Esplanada.
- Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. New York: Pergamon.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1981). *Cognitieve gedragsmodificatie: een integrale benadering*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco: Freeman.
- Nisbett, R., & Ross, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgement*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Oomen, J. (1980). Rationele therapie. In J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haaijman & E.J. Zwaan (red.), *Handboek voor Gedragstherapie* (pp. B6.2.1-B6.2.30). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Padesky, C.A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.

- Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Schurink, G., & Ten Broeke, E. (1997). *Handleiding bij de cursus cognitieve gedragstherapie*. Intern Rapport.
- Scott, J., Williams, J.M.G., & Beck, A.T. (Eds.) (1989). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. New York: Routledge.
- Shapiro, D.A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Störig, H.J. (1972). *Geschiedenis van de filosofie*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Warwick, H.M.C., Clark, D.M., Cobb, A.M., & Salkovskis, P.M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackman, A., & Gelder, M.G. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviours in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behaviour Therapy*, 26, 163-171.
- Win, X. de (1971). *Plato: uitgelezen teksten*. Antwerpen: De Nederlandse Boekhandel.
- Young, J.E. (1984). *Cognitive therapy with difficult patients*. Workshop tijdens de bijeenkomst van de Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota: Professional Resources Exchange.
-