CBASP voor behandeling van de persisterende depressieve stoornis

Jenneke Wiersma, Jetske Emmelkamp
Dr. J.E. Wiersma, GZ-psycholoog, eigen praktijk, Amsterdam
Drs. J. Emmelkamp, klinisch psycholoog-psychotherapeut, GGZ inGeest, academische zorglijn angst & dwang en depressie, Amsterdam

SAMENVATTING

De persisterende depressieve stoornis komt veel voor binnen de specialistische GGZ. De huidige behandelmethoden voor depressie, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke psychotherapie (IPT), zijn meer gericht op de episodische depressieve stoornis en schieten vaak tekort bij mensen met persisterende depressieve klachten. 'Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy' (CBASP) is een vorm van psychotherapie die specifiek ontworpen is voor de behandeling van de persisterende depressieve stoornis. De evidentie, rationale en belangrijkste technieken van CBASP worden in dit artikel besproken. Daarnaast komt de groepsvariant van deze methode aan bod.

LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:

- bent u op de hoogte van de onderzoeksbevindingen op het gebied van CBASP;
- heeft u kennisgemaakt met de CBASP-methodiek;
- weet u welke aanpassingen er gedaan zijn om CBASP in groepsverband toe te passen.

Inleiding

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) is een behandelmethode specifiek gericht op de behandeling van de persisterende depressieve stoornis. We spreken van een persisterende depressieve stoornis als de depressieve stoornis ten minste twee jaar duurt, zonder dat er sprake is van een tussentijdse klachtenvrije periode van twee maanden of langer. Naast de langere duur, is er bij de patiënten met een persisterende depressieve stoornis vaker sprake van psychische en lichamelijke comorbiditeit, zoals angststoornissen, middelenmisbruik of -afhankelijkheid, eetbuien, persoonlijkheidsstoornissen, migraine, chronische vermoeidheid en pijnklachten dan bij patiënten met een depressieve episode (zie voor een uitgebreid overzicht Koelen en Wiersma[1]). De persisterende depressieve stoornis komt veel voor: bij bijna de helft van de patiënten die zich in de specialistische GGZ aanmelden met een depressieve stoornis heeft de depressie een persisterend beloop.[2]

CBASP werd in de jaren zeventig van de vorige eeuw ontwikkeld door de Amerikaan James McCullough jr. Pas in 2000 kwam er meer bekendheid over de methode door de publicatie van zijn boek getiteld *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* en een wetenschappelijke publicatie in *The New England Journal of Medicine*.[3-5] CBASP werd toegepast in een groot onderzoek naar de effectiviteit van het antidepressivum Nefazodon[1] bij persisterende depressie (N = 681). CBASP bleek verrassend effectief, het werkte evengoed als het antidepressivum na 16 weken, 33% van de patiënten bereikte remissie. Van de

[1] Nefazodon is in 2003 in Europa uit de handel genomen in verband met weliswaar zeer zeldzame, maar ernstige hepatotoxische verschijnselen die waren opgetreden tijdens gebruik van Nefazodon.

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 02:52:11 '

patiënten die de combinatiebehandeling (CBASP + Nefazodon) kregen bereikte maar liefst 48% remissie na 16 weken. Inmiddels zijn er verscheidende boeken en meer dan 90 internationale wetenschappelijke publicaties over CBASP verschenen. Dergelijk hoge remissiepercentages als bij het onderzoek van Keller et al. zijn niet meer gevonden, maar de effectiviteit van CBASP voor de persisterende depressieve stoornis blijft overeind.[5] CBASP is in 2015 opgenomen als eerstekeuze psychologische behandeling bij de persisterende depressieve stoornis in de Europese richtlijn voor depressie.[6]

In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van de huidige stand van zaken op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek naar CBASP. Daarna volgt een beschrijving van de methode zelf, zowel in de oorspronkelijk individuele-psychotherapievorm als de daaruit voortgevloeide groepsvariant.

Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van CBASP voor de persisterende depressieve stoornis

In 2016 werd een eerste meta-analyse en systematische review gepubliceerd over de effectiviteit van CBASP bij de persisterende depressieve stoornis (N = 1510).[7] Hieruit kwam naar voren dat CBASP effectiever is dan de gebruikelijke zorg (*treatment as usual*), even effectief is als antidepressiva en dat de combinatie van CBASP en een antidepressivum het meest effectief is. In een onderzoek uit 2017 werd aangetoond dat CBASP effectiever is dan steunende psychotherapie (N = 268).[8] Na twee jaar verdwijnt het verschil tussen beide echter.[9] Dit vonden wij ook, zeven jaar nadat patiënten hadden deelgenomen aan het Nederlandse onderzoek waarbij CBASP werd vergeleken met de gebruikelijke zorg (voornamelijk CGT en IPT), was het verschil tussen beide groepen verdwenen (N = 39).[10,11] De CBASP-groep had nog steeds een grotere afname van depressieve klachten, maar dit verschil was niet meer significant. In ons onderzoek konden we echter nog maar 39 mensen bereiken van de 139, waardoor we extra voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies. Onderzoek naar het langetermijneffect van CBASP is nog schaars. Onderzoek naar de effectiviteit van CBASP als groepsbehandeling bestaat voornamelijk nog uit kleine studies, waarvan slechts enkele RCT's. We mogen voorzichtig concluderen dat CBASP effectiever is dan Mindfulness Based Cognitive Therapy (N = 106). Een mogelijke reden hiervoor is dat CBASP geïndiceerd is voor persisterende depressie en MBCT niet.[12] Verder is er in een Nederlandse studie gevonden dat er een klinisch relevante afname was van depressieve klachten na zes maanden groepsbehandeling (N = 54).[13] Tot slot wordt CBASP in Duitsland veel toegepast in klinieken, waar de methode werkzaam is als groepstherapie.[14-16]

Een beschrijving van de CBASP-methode

Rationale

Binnen CBASP wordt verondersteld dat patiënten met een persisterende depressieve stoornis emotioneel contact met anderen duurzaam vermijden, omdat zij als kind of later op



' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 02:52:11 '

Tabel 1 Domeinen en voorbeelden van overdrachtshypotheses.

domein	overdrachtshypothese
intimiteit/ nabijheid	Als ik me aan mijn therapeut ga hechten, dan zal hij mij kwetsen en afwijzen.
tonen van emotionele behoeften	Als ik mijn therapeut laat weten hoe ik me echt voel dan zal hij me lastig vinden en afwijzen.
fouten maken	Als ik een fout maak dan zal mijn therapeut mij dom vinden en afwijzen.
uiten van negatieve gevoelens	Als ik kritiek geef op mijn therapeut of de therapie, dan zal hij mij daarvoor straffen.

pijnlijke wijze zijn afgewezen of verwaarloosd. Het gebrek aan aandacht en feedback van vroeger heeft ertoe geleid dat ze zich zo veel mogelijk zijn gaan afsluiten voor de omgeving, om teleurstellingen te voorkomen. Hierdoor heeft er een stagnatie plaatsgevonden in hun emotionele ontwikkeling. McCullough vergelijkt het gedrag van patiënten met een persisterende depressieve stoornis met dat van kinderen die op een 'preoperationeel' niveau functioneren volgens het ontwikkelingsmodel van Piaget.[17] In deze fase (2-7 jaar oud) zijn kinderen nog erg op zichzelf gericht en begrijpen ze nog niet dat er andere standpunten mogelijk zijn dan die van henzelf. Ze zijn zich er niet van bewust dat zij hun eigen werkelijkheid beïnvloeden en dus ook kunnen veranderen. Het verband tussen wat zij doen en het effect daarvan op anderen is hen nog niet duidelijk. McCullough noemt dit een tekort aan *perceived functionality*. Patiënten met een persisterende depressieve stoornis voelen zich vaak hulpeloos en hopeloos: niks helpt, het heeft allemaal toch geen zin. Ze voelen zich een speelbal van het leven. Ze trekken zich steeds meer terug en geloven er niet meer in dat hun situatie nog zal veranderen. Goedbedoelde adviezen van naasten hebben geen effect, ook voor therapeuten is het vaak moeilijk ze met de gangbare therapievormen te bereiken. Ze lijken immuun voor informatie van buitenaf en leven in hun eigen isolement. Binnen CBASP zijn diverse technieken ontwikkeld om dit emotionele isolement van de patiënt te doorbreken en de patiënt te leren dat hij wel degelijk invloed op de omgeving heeft.

Het CBASP-protocol bestaat uit twee fases.[18] De diagnostische fase (sessie 1 en 2) en de interventiefase (sessie 3 en verder). In de diagnostische fase wordt informatie verzameld over het beloop van de depressie en over de interactiestijl van de patient. In de interventiefase leert de patiënt zijn huidige gedrag en de consequenties van dit gedrag onder de loep te nemen en aan te passen.

Diagnostische fase

Het beloop van de depressieve klachten

Het beloop van de depressieve klachten wordt tijdens de eerste sessie in kaart gebracht. De therapeut vult op een tijdslijn in wanneer de patiënt last had van een depressieve episode, te beginnen bij de eerste episode. De therapeut vraagt per episode hoelang deze depressie duurde, of er een aanleiding voor was, of er behandeling plaatsvond en zo ja, waaruit de behandeling bestond en wat het effect ervan was. Men kan er ook voor kiezen de tijdslijn breder te trekken en de hele levensloop erin mee te nemen om zo een beter beeld te krijgen hoe het leven van de patiënt tot nu toe is gelopen en hoe de depressie daar als een rode draad doorheen heeft gelopen. Het grafisch weergeven van de tijdslijn en zo een overzicht creëren voor de patiënt, heeft vaak tot gevolg dat patiënten beter gaan begrijpen waarom ze zich voelen zoals ze zich voelen. Ze leren verbanden te leggen tussen depressieve episoden en belangrijke levensgebeurtenissen. De tijdslijn is daarmee voor de patiënt een eerste oefening in het denken in termen van oorzaak en gevolg.

Belangrijke personen en overdrachtshypothese

De tweede sessie wordt besteed aan het uitvragen van de belangrijke personen voor de patiënt, om een beter beeld te krijgen van zijn interactiepatronen. Hiervoor vraagt de therapeut aan de patiënt wie de belangrijke personen in zijn leven zijn die van invloed zijn (geweest) op wie hij nu is. Aan de hand van de volgende vragen worden de belangrijke personen van de patiënt besproken: 'Hoe was het om op te groeien in de buurt van…', 'Wat voor invloed heeft deze persoon op u (gehad)?' En tot slot: 'Wat voor stempel heeft deze persoon op u gedrukt?' Vervolgens identificeert de therapeut een consistent thema dat de verhouding karakteriseert die de patiënt met zijn belangrijke personen had.

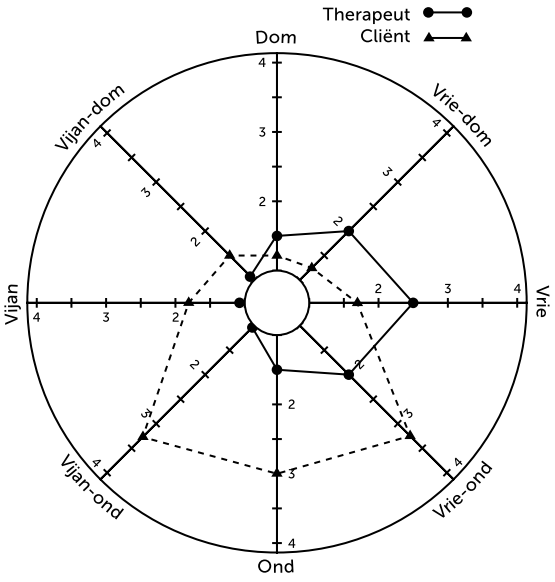
Hierna wordt een overdrachtshypothese (OH) geformuleerd. McCullough onderscheidt vier thema's waarbinnen de overdrachtshypothese kan worden opgesteld. Dit zijn: intimiteit/ nabijheid, het tonen van emotionele behoeften, fouten maken en het uiten van negatieve gevoelens. Hij baseert deze vier thema's op zijn klinische ervaring met patiënten met een persisterende depressieve stoornis. Deze patiënten rapporteren vaak negatieve en afwijzende interacties met de belangrijke personen in hun leven. Zij werden bijvoorbeeld mishandeld, gestraft of afgewezen als ze hun emoties toonden, een fout maakten of negatieve gevoelens uitten ten opzichte van hun ouders. Dit is wat ze geleerd hebben en wat ze ook van

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 02:52:11 '

anderen, inclusief de therapeut, verwachten. De therapeut en patiënt kiezen samen welk thema het meest dominant is. Vervolgens wordt er samen met de patiënt een overdrachtshypothese opgesteld om interpersoonlijke 'hotspots' te herkennen, die een rol kunnen (gaan) spelen in het contact tussen de therapeut en de patiënt.

Impact Message Inventory

Na de tweede sessie vult de therapeut de Impact Message Inventory (IMI) in.[19,24] De IMI is een vragenlijst die de therapeut over de patiënt invult om de interpersoonlijke stijl van de patiënt expliciet te maken. De scores van de IMI kunnen weergegeven worden in een interpersoonlijke cirkel, vergelijkbaar met kwadranten van de Roos van Leary: dominant versus onderdanig en vriendelijk versus vijandig.[20] Met behulp van de IMI kan de therapeut het gedrag van de patiënt in een vroeg stadium herkennen en daarmee voorkómen in de disfunctionele patronen van de patiënt mee te gaan. Bijvoorbeeld, bij een patiënt die erg onderdanig is, zal de therapeut erop moeten letten niet te veel de leiding te gaan nemen. De therapeut neemt samen met de patiënt het onderdanige gedrag onder de loep en bespreekt welk effect dit gedrag op hem heeft en laat hem daarnaast met alternatief gedrag oefenen. De therapeut reageert zelf altijd binnen het vriendelijke domein.



Figuur 1 Het interactiepatroon van een typisch persisterend depressieve patiënt en de ideale interactiestijl van de therapeut.

De gegevens, verkregen door het in kaart brengen van het beloop van de depressie, de belangrijke personen, de overdrachtshypothese en de IMI, vormen de achtergrond waartegen de CBASP-interventies: de situatieanalyse (SA), interpersoonlijk onderscheid maken (IOM) en gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid tonen (GPB), tijdens de behandeling worden ingezet.

Interventiefase

Situatieanalyse

De centrale techniek binnen CBASP is de 'situatieanalyse' (SA). Hiervoor wordt een vast format aangehouden, in de vorm van een formulier met instructies (zie casus Jeffrey). De SA legt het gedrag van de patiënt onder een vergrootglas door te focussen op een concrete (meestal) problematische situatie op interactioneel gebied. De techniek bestaat uit twee delen. Tijdens het eerste deel, de beginfase, wordt de situatie zo concreet en specifiek mogelijk gemaakt, met als doel het globale denkpatroon van de patiënt te doorbreken en hem bewust te maken van zijn gedachten en de impact van zijn gedrag. Hoe pakte de situatie uiteindelijk uit (feitelijk resultaat)? En is dat ook wat de patiënt wilde (gewenst resultaat)? In het begin van de therapie is het antwoord meestal 'nee'. Tijdens het tweede deel, de herstelfase bedenkt u samen met de patiënt hoe hij zijn gewenste resultaat zou kunnen bereiken, door de gedachten en het gedrag uit de beginfase van de patiënt onder de loep te nemen en alternatieven aan te reiken.
Op deze manier wordt binnen een recente concrete interpersoonlijke situatie een verband gelegd tussen oorzaak en gevolg. De patiënt handelde op een bepaalde manier en kreeg een concreet resultaat. Omdat dit resultaat vaak negatief is (men kreeg niet wat men wilde), is de uitkomst pijnlijk. Deze pijn is de motiverende kracht achter verandering.[3,21] SA leert patiënten de consequenties van hun gedrag te onderzoeken en na te denken over alternatieve gedachten en gedragingen die zouden kunnen leiden tot een meer gewenste uitkomst van de situatie. Anders dan bij cognitieve therapie, worden binnen CBASP de (disfunctionele) gedachten niet uitgedaagd.

Interpersoonlijk onderscheid maken

Interpersoonlijk onderscheid maken (IOM) is een gestructureerde techniek om patiënten te laten ervaren dat mensen niet altijd reageren zoals zij verwachten, dat er ook andere interacties mogelijk zijn dan die zij geleerd hebben van de belangrijke personen in hun leven. De patiënt leert te differentiëren tussen de negatieve reacties van vroeger en de positieve reacties van nu (van de therapeut). De IOM-techniek kan ingezet worden na het bespreken van een SA of als er een 'hotspot' situatie wordt geactiveerd (bijvoorbeeld, de patiënt komt te laat en heeft als overdrachtshypothese (OH) 'als ik een fout maak dan word ik door de therapeut gestraft). De therapeut vraagt de patiënt hoe hij, de therapeut, reageerde op de situatie (zowel verbaal als non-verbaal). De therapeut vraagt de patiënt vervolgens hoe zijn vader op (het bespreken van) deze situatie gereageerd zou hebben. Daarmee wordt het interactiepatroon van vroeger geactiveerd. De therapeut vraagt naar het verschil tussen beide reacties. Hiermee maakt de therapeut expliciet dat hij anders reageert dan de belang-

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 02:52:11 '

rijke personen van vroeger. De therapeut kan vervolgens nog vragen of de patiënt ook andere personen kent die waarschijnlijk anders zouden reageren (positief i.p.v. negatief), om generalisatie van het leereffect te bevorderen.

Gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid tonen
Bij de techniek gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid tonen (GPB) bespreekt de therapeut de impact die het gedrag van de patiënt op hem heeft. Het 'gedisciplineerd' verwijst ernaar dat de therapeut dit doet zonder grensoverschrijdend te zijn. De therapeut zegt wat de patiënt bij hem oproept, maar doet dit alleen als hij daarmee het doel van de therapie dient, namelijk dat de patiënt leert inzien welke consequenties zijn gedrag heeft. De therapeut stelt zich open door het contact tussen hem en de patiënt bespreekbaar te maken ('Als jij zegt dat ik alleen maar naar je luister omdat ik ervoor betaald word, dan raakt me dat en heb ik het gevoel dat je me daarmee op afstand houdt. Is dat ook wat je wilt?'). Meestal doorbreekt dit een impasse in het gesprek of de therapie. De patiënt leert de positieve consequenties van het zich openstellen bij anderen. De consequenties van het gedrag worden expliciet gemaakt evenals de implicaties die dit gedrag heeft voor het therapieproces. De therapeut blijft altijd in het vriendelijke domein (zie IMI hiervoor).

CBASP in de groep

Het is ook mogelijk CBASP in groepsverband aan te bieden.[22] De auteurs van dit artikel hebben ervaring als CBASP--groepstherapeut in een intensief behandelprogramma, waarbij patiënten twee keer per week deelnemen aan verbale CBASP-groepstherapie[1] en twee keer per week aan non-verbale groepstherapie in de vorm van drama- en psychomotore therapie. Alle therapeuten zijn geschoold in de CBASP-methodiek en de behandeling bestaat uit maximaal vier cycli van zes weken. Om deel te kunnen nemen aan dit intensieve programma moet de patiënt reeds een psychotherapeutische behandeling volgens de multidisciplinaire richtlijnen gevolgd hebben.

[1] De groepstherapie gaat uit van dezelfde principes als individuele CBASP. Een aantal onderdelen is enigszins aangepast om de groepsleden zo veel mogelijk te betrekken en er tevens aandacht is voor interpersoonlijke problemen die binnen de groep kunnen spelen. Voorafgaand aan de groepstherapie vinden er drie individuele diagnostische gesprekken plaats, waarin aandacht besteed wordt aan het beloop van de depressie, de invloed van belangrijke personen op het leven van de patiënt en het formuleren van een overdrachtshypothese (OH) met een bijbehorend doel. De overdrachtshypotheses worden gedeeld in de groep en zijn iedere bijeenkomst zichtbaar voor alle groepsleden. Hieraan wordt regelmatig gerefereerd en bij de evaluatie na elke cyclus wordt expliciet besproken of de groepsleden hun OH in de groep tegengekomen zijn en of het al lukt te oefenen met het bijbehorende doel in de groep.

CASUS JEFFREY

Jeffrey is een getrouwde man van 42 jaar, werkzaam in de ICT en vanaf zijn 18e bekend met een persisterende depressieve stoornis. Zijn moeder was depressief en werd herhaaldelijk opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Vader kon de zorg voor de drie kinderen moeilijk aan en sloeg de kinderen als zij ongehoorzaam waren. Jeffrey leerde op 25-jarige leeftijd Michelle kennen, waarna het stel al snel trouwde en een dochter kreeg. Toen hun dochter begon te puberen, namen Jeffreys depressieve klachten toe en zocht hij opnieuw hulp.

Overdrachtshypothese en doel van Jeffrey

- Domein: negatieve gevoelens uiten.
- Overdrachtshypothese: als ik kritiek geef in de groep, dan zullen ze mij daarvoor straffen.
- Doel: ik geef aan wanneer ik het ergens niet mee eens ben.

In de verbale therapie wordt elke sessie een situatieanalyse besproken, waarbij alle groepsleden betrokken worden. Daarnaast werken de therapeuten met interpersoonlijk onderscheid maken (IOM) en gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid tonen (GPB). Hierbij kan de groep betrokken worden, door bijvoorbeeld op het moment dat er een belangrijk overdrachtsdomein getriggerd wordt te bespreken hoe de groepsleden reageerden op het gedrag van de patiënt en hoe dit verschilt van hoe er vroeger door belangrijke anderen gereageerd werd. Ten slotte worden er in de groep regelmatig rollenspellen uitgevoerd om te oefenen met nieuw gedrag, waarbij de groepsleden verschillende rollen op zich kunnen nemen, waar zij op hun beurt ook van kunnen leren.

Situatieanalyse in de groep
Naam: Jeffrey
Datum situatie: 10-05-2021
Instructies: kies één problematische gebeurtenis die je hebt meegemaakt de afgelopen week en beschrijf deze met behulp van het volgende model. Probeer alle delen van de vragenlijst in te vullen.

1. Beginfase
Stap 1. Situatie: beschrijf de situatie zo kort, bondig en objectief mogelijk met een duidelijk begin en eindpunt. (Alle groepsleden schrijven mee.)

'Ik stond op het punt om naar mijn werk te gaan. Michelle zei dat ik niet weg kon, omdat het koffiezetapparaat het niet deed en ze dan de hele dag geen koffie kon drinken. Ik keek of ik het

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 02:52:11 '

snel kon repareren, maar dat lukte niet. Michelle riep dat ik asociaal was als ik het niet zou repareren. Ik bleef proberen en ging te laat naar mijn werk, waarbij ik aangaf dat het helaas niet gelukt was.'

Stap 2. Geef je interpretatie van wat er gebeurde: wat dacht je tijdens de situatie? (Alle groepsleden schrijven hun eigen interpretaties op, wat zouden zij zelf denken in een dergelijke situatie, en delen deze vervolgens met de groep.)

1. *'Ik kan haar niet zonder koffie achterlaten.'*
2. *'Als ik haar niet tevreden houd, gaat ze bij mij weg.'*
3. *'Niemand houdt rekening met mij.'*

Jeffrey krijgt vervolgens van de groepsleden andere interpretaties te horen, zoals: 'Wat onaardig van jouw vrouw dat ze dit van je vraagt terwijl je naar je werk moet.' Dit zet hem aan het denken en maakt dat hij zich gesteund voelt.

Stap 3. Gedrag: beschrijf wat je deed in die situatie; wat je zei en hoe je het zei. (De overige groepsleden schrijven dit gedrag op en geven aan wat voor impact dergelijk gedrag op hen zou hebben.)

'Ik probeerde het koffiezetapparaat te repareren en gaf uiteindelijk op een zachte toon aan dat het helaas niet gelukt was. Ik ging te laat van huis.'

Jeffrey doet voor hoe hij reageerde op zijn vrouw.

Een aantal groepsleden laat weten dat het voor hen niet duidelijk overkomt dat hij nu te laat komt en dat uit zijn reactie niet op te maken is dat hij haar manier van reageren niet prettig vindt.

Stap 4. Feitelijk resultaat: beschrijf hoe de situatie voor je uitpakte. (Alle groepsleden vullen dit in voor degene die de SA heeft ingebracht. Daarna wordt het feitelijk resultaat plenair besproken.)

'Het koffiezetapparaat is niet gerepareerd, mijn vrouw is boos op me en ik kom te laat op mijn werk.'

Stap 5. Gewenste resultaat: beschrijf hoe je wilde dat de situatie uitpakte. (Alle groepsleden schrijven op wat hun eigen gewenste gedrag zou zijn in een dergelijke situatie).

'Ik wil meteen aangeven dat ik naar mijn werk moet, dat ik er nu echt niet naar kan kijken en vervolgens op tijd weggaan.'

Jeffrey neemt van de feedback uit de groep mee dat hij tegen zijn vrouw mag zeggen dat hij het vervelend vindt dat ze hem asociaal noemt.

Stap 6. Werd het gewenste resultaat bereikt?
ja/nee

Waarom wel/niet? (Alle groepsleden vullen dit in voor degene die de SA heeft ingebracht.)

'Nee, omdat ik niet aangaf dat ik er niet naar kon kijken en omdat ik te laat wegging.'

2. Herstelfase

Stap 1. Ga de interpretaties langs en vraag per interpretatie: is deze interpretatie specifiek of globaal en heeft deze interpretatie geholpen om het gewenste resultaat te krijgen?

Jeffrey komt na bespreking met de therapeut en groep tot het volgende:

1. *'ik kan haar niet zonder koffie achterlaten'*: specifiek, maar helpt niet om het gewenste resultaat te behalen;
2. *'als ik haar niet tevreden houd, gaat ze bij mij weg'*: globaal en helpt niet om het gewenste resultaat te behalen, omdat ik zo altijd op mijn tenen loop en haar vooropstel.
3. *'niemand houdt rekening met mij'*: globaal en helpt niet om het gewenste resultaat te behalen, omdat het mij moedeloos maakt.

Stap 2. Actie-interpretatie: wat had je tegen jezelf kunnen zeggen, waardoor je beter in staat was geweest je gewenste resultaat te bereiken? (Alle groepsleden mogen meedenken.)

Het lukt Jeffrey om met wat suggesties van de groep een actie-interpretatie te formuleren: 'ik mag voor mezelf opkomen.'

- Als je dat tegen jezelf had gezegd, wat had je dan gedaan?
  'Dan had ik gezegd dat ik nu geen tijd heb.'
- Als je dat gedacht en gedaan had, wat was dan het resultaat geweest?
  'Dan was ik op tijd naar mijn werk gegaan.'

Stap 3. Samenvatting van het geleerde: wat heb je geleerd van deze situatie? (Alle groepsleden schrijven op wat zij zelf van deze situatie geleerd hebben.)

'Ik heb het recht om voor mezelf op te komen en niet meteen alles te doen wat Michelle van mij vraagt.'

Een groepslid geeft nogmaals aan dat Jeffrey ook mag zeggen dat hij niet asociaal genoemd wil worden. Jeffrey zou dit graag willen, maar weet niet of hij dit al durft.

Stap 4. Generalisatie: kun je een andere situatie bedenken die hierop lijkt en waarop hetgeen je geleerd hebt van toepassing zou kunnen zijn?

'Michelle geeft mij dagelijks opdrachten, die ik regelmatig uitvoer, zonder duidelijk aan te geven dat het mij niet uitkomt.'

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 02:52:11 '

Na afloop van de SA vraagt de therapeut aan Jeffrey of hij in een rollenspel wil oefenen met zijn nieuwe gewenste reactie op Michelle. Jeffrey doet dit en vraagt zelf een groepslid om Michelle te spelen. Na twee keer oefenen van zijn gewenste resultaat voegt Jeffrey eruit zichzelf aan toe, dat hij het vervelend vindt dat Michelle hem asociaal noemt, omdat hij haar normaal gesproken graag helpt, maar nu naar zijn werk moet.

Tijdens een latere bijeenkomst gaf Jeffrey aan dat hij het niet prettig vond dat een medegroepslid (P) zijn zinnen steeds aanvulde als hij naar woorden zocht, omdat dit hem gespannen maakte. P bood zijn excuses aan en er ontstond een gesprek in de groep over hoe dit voor Jeffrey was en of het vaker gebeurde. Hier haakte de therapeut op in met een IOM-oefening.

Interpersoonlijk onderscheid maken (IOM-)oefening bij Jeffrey
Therapeut: Jeffrey hoe was het voor je om dit tegen P te zeggen?
Jeffrey: heel spannend, maar het pakte goed uit.
Therapeut: en wat pakte er goed uit?
Jeffrey: P en de groep reageerden positief.
Therapeut: waar merkte je dat aan?
Jeffrey: P zei meteen dat het hem speet en niemand werd boos.
Therapeut: dat klopt inderdaad. Wat zag je nog meer aan P en aan de rest van de groep, bijvoorbeeld aan hoe ze naar jou keken?
Jeffrey: P keek heel oprecht en ook wel geschrokken. De groep was echt geïnteresseerd en ze vroegen of zij ook weleens mijn zinnen afmaakten. Ik had echt het idee dat ze mij serieus namen.
Therapeut: inderdaad. Stel nou dat je zoiets vroeger thuis had gezegd tegen je vader. Hoe zou hij gereageerd hebben?
Jeffrey: ik mocht echt geen kritiek geven thuis. Als ik alleen al zei dat ik het eten niet zo lekker vond, kon ik een mep verwachten.
Therapeut: en wat is dan het verschil met hoe P nu reageert en hoe dat ging met jou vader?
Jeffrey: ik kon nu gewoon zeggen dat ik het niet leuk vond als hij mijn zinnen afmaakte en hij nam dit heel serieus, en de groep ook. Bij mijn vader zou ik gestraft worden.
Therapeut: dus dat is een groot verschil.
Jeffrey: jazeker.
Therapeut: nu je merkt dat je hier kunt zeggen wat je vervelend vindt, kun je dat misschien ook bij anderen gaan doen.
Jeffrey: dat durf ik nog niet hoor!
Therapeut: dat kan ik me voorstellen, want je hebt van huis uit geleerd dat je geen kritiek mocht geven en dat je dan meteen gestraft werd. Nu merk je hier dat mensen ook heel anders kunnen reageren. Hopelijk krijg je hierdoor langzaam meer vertrouwen dat je dit ook bij anderen kunt doen en dat mensen niet meteen straffend reageren, maar er ook voor openstaan.
Jeffrey: ik hoop het.

Conclusie

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) is een behandelmethode die zich specifiek richt op de persisterende depressieve stoornis. De evidentie van CBASP als individuele psychotherapie is inmiddels breed aangetoond. Om die reden wordt CBASP als behandelmogelijkheid voor de persisterende depressieve stoornis genoemd in diverse richtlijnen (Canada, Duitsland, Engeland (NICE guidelines), Europa). In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2011) is CBASP er weer uitgehaald vanwege een studie met negatieve resultaten.[23] Mogelijk dat CBASP er in de nieuwe versie weer in staat, aangezien er inmiddels meer evidentie voor CBASP is gekomen, waaronder studies naar de effectiviteit van CBASP als groepsbehandeling.

In de groepsbehandeling wordt het CBASP-protocol zo veel mogelijk gevolgd. De diagnostische fase wordt voorafgaand aan de groepsbehandeling individueel doorlopen, met als verschil dat de overdrachtshypothese op de therapeut én op de groep wordt toegespitst. Wat verwacht de patiënt van de (groeps)therapeut(en) en van de groep? Tijdens de interventiefase wordt de groep bij elke ingebrachte situatieanalyse betrokken. De te volgen stappen zijn dezelfde als bij de individuele therapie. In de groepsbehandeling richt de techniek interpersoonlijk onderscheid maken zich op de therapeut(en) en op de groep. Hoe reageren de therapeut(en) en de groep op de patiënt en wat is het verschil met de reactie van de belangrijke personen van de patiënt?

In beide vormen van deze gestructureerde methode staan de problematische interacties van de patiënt met zijn omgeving centraal. CBASP integreert technieken uit de cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie en de psychodynamische psychotherapie. Naast bekende technieken uit andere therapievormen worden nieuwe technieken zoals interpersoonlijk onderscheid maken en gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid tonen geïntroduceerd, waarin de therapeutische relatie (of de groepsdynamiek) op scherp wordt gezet om de hardnekkige interactiepatronen van de patiënt te doorbreken.

De beschreven groepsvariant is deels gebaseerd op: Sayegh L, Penberthy JK. Group treatment manual for persistent depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) therapist's guide. New York: Routledge; 2016. ■

Literatuur

1. Koelen J, Wiersma JE. Zoek de verschillen: persisterende versus episodische depressie. PsyXpert juni 2020;2.
3. McCullough JP. Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: The Guilford Press; 2000.

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 02:52:11 '

5. Keller MB, McCullough JP Jr, Klein DN, et al. A comparison of nefazadone, the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and their combination for the treatment of chronic de pression. N Engl J Med. 2000;322:1462-70. doi: 10.1056/NEJM200005183422001.
6. Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. Eur Psychiatry 2016 Mar;33:1836. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
7. Negt P, Brakemeier EL, Michalak J, et al. The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-control led clinical trials. Brain Behav. 2016 May;6(8).
10. Wiersma JE, Schaik DJF van, Hoogendoorn A, et al. The effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2014;83:263-9.
24. Hafkenscheid A, Rouckhout D. The Impact Message Inventory (IMI -C): a replication study of its circumplex structure in a Dutch sam ple. Journal of Personality Assessments, 2013.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyxpert.nl.

Eindtoets

1. Hoe wordt er in de CBASP-groepstherapie omgegaan met de overdrachtshypothese (OH)?
   - De OH's van de afzonderlijke groepsleden worden niet in de groep gedeeld, en alleen individueel met de therapeut besproken.
   - De OH's van de afzonderlijke groepsleden worden eenmalig in de groep gedeeld, zodat iedereen op de hoogte is.
   - De OH's van de afzonderlijke groepsleden worden elke sessie getoond en hieraan wordt regelmatig gerefereerd.

2. Hoe is de situatie bij het bespreken van een situatieanalyse (SA) in de groep?
   - Het groepslid dat zijn SA inbrengt is aan het woord en de overige groepsleden zijn zo veel mogelijk stil.
   - De groepsleden hebben een actieve rol, waarbij ze zo veel mogelijk meedenken en zich ook moeten verplaatsen in de ander.
   - De groepsleden worden alleen betrokken als het groepslid dat zijn SA inbrengt daarom vraagt.

3. Kan de groep betrokken worden bij een IOM (interpersoonlijk onderscheid maken)?
   - Ja, het kan heel helpend zijn om verschillende gedragingen inzichtelijk te maken.
   - Alleen als een IOM niet goed lukt op basis van het onderscheid tussen de reactie van de therapeut nu en belangrijke anderen vroeger.
   - Nee, dit dient vermeden te worden om negatieve triggers in de groep te voorkomen.

4. De CBASP-groepsbehandeling is effectiever dan de individuele CBASP-behandeling.
   - Juist
   - Onjuist

5. Wat is het doel van de situatieanalyse?
   - SA leert patiënten te focussen op hun gevoel.
   - SA leert patiënten hun negatieve gedachten uit te dagen.
   - SA leert patiënten de consequenties van hun gedrag te onderzoeken.

6. Wat doet u als u de techniek interpersoonlijk onderscheid maken toepast?
   - De patiënt leert te differentiëren tussen de negatieve reacties van vroeger en de positieve reacties van de therapeut.
   - De patiënt leert dat niets is wat het lijkt, en dat hij zijn eigen afwegingen moet maken om tot een reactie te komen.
   - De patiënt leert hoe hij onderscheid kan maken tussen goede en slechte mensen, en dat hij goed is zoals hij is.

7. De Impact Message Inventory wordt ingevuld door de patiënt om zijn of haar disfunctionele patronen in kaart te brengen.
   - Juist
   - Onjuist

8. Wat houdt gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid tonen in?
   - De therapeut vertelt over zijn eigen persoonlijke problemen aan de patiënt.
   - De therapeut bespreekt de impact die het gedrag van de patiënt op hem heeft.
   - De therapeut is streng maar rechtvaardig als het aankomt op de afspraken die gemaakt zijn.

9. Wat kunnen persisterend depressieve patiënten niet, volgens McCullough?
   - preoperationeel functioneren
   - het verband zien tussen wat zij doen en wat het effect daarvan op anderen is
   - rekening houden met anderen

10. CBASP is opgenomen als eerstekeuze psychologische behandeling in de Nederlandse richtlijnen voor depressie.
    - Juist
    - Onjuist

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 02:52:11 '