

GEDRAGSTHERAPIE — EEN INLEIDING

door Drs. W. EVERAERD

(Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht, directeur: Prof. Dr. J. H. Dijkhuis)

Enkele jaren geleden werden onder de naam gedragstherapie in ons land een aantal technieken geïntroduceerd die zeer effectief zouden zijn bij het induceren van gedragsveranderingen.

In het algemeen nam men een wat afwachtende houding aan, vooral bij het horen van termen als conditioneren en symptoombehandeling. Dat werd nog in de hand gewerkt door de wel wat agressieve presentatie vooral in de angelsaksische literatuur. Men zette zich daarbij voornamelijk af tegen de psycho-analytische behandeling. Bovendien werd gepretendeerd dat de technieken gebaseerd waren op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, hetgeen uiteraard als garantie moest dienen voor deugdelijkheid.

Wat werd er eigenlijk geboden? EYSENCK (1960) presenteerde het in de titel van zijn boek *Behaviour Therapy and the Neurosis* als 'moderne behandelingsmethoden afgeleid uit leertheorie'. En onder leertheorie wordt verstaan het behavioristisch georiënteerd experimenteel psychologisch onderzoek van het leren en de theorievorming daarover.

Nu zullen er weinig mensen zijn die het belang willen ontkennen van het leren bij het bewerken van gedragsveranderingen. Kennis over leerprocessen moet zelfs zeer relevant geacht worden. Gedrag van mensen en dieren wordt voor een belangrijk deel door leren verworven.

Het behavioristisch georiënteerde leeronderzoek representeert een vrij belangrijk deel van al datgene wat er in de psychologie over dit onderwerp onderzocht werd. Allereerst moeten wij daarbij wijzen op de experimenten van Pavlov. Hij wilde echter niet zozeer het leren zelf onderzoeken, maar veel meer het functioneren van het centrale zenuwstelsel. Hij moest dat wel doen met een perifere methode, het conditioneren, omdat er in zijn tijd geen geschikte meet- en registratie-apparatuur voorhanden was. Zijn werk heeft veel bijgedragen tot theorievorming over het functioneren van het centrale zenuwstelsel, maar tegelijk ook over het conditioneren. De gedragstherapie heeft zich echter niet op grond van Pavlov's experimenten ontwikkeld, maar veel meer uit het in de Verenigde Staten verrichte onderzoek. Daarbij zijn vooral twee richtingen zeer belangrijk. Het onderzoek dat zich baseerde op Pavlov en dat bekend werd als het klassiek conditioneren, en het werk van Skinner, die zich vooral baseerde op Thorndike, dat bekend werd als operant conditioneren. De proeven van Pavlov met de speekselsecretie bij honden mogen wij bekend veronderstellen. Een paar principes willen wij nog even

kort aanduiden.

Bekend is dat bepaalde prikkels reflexmatig een bepaald antwoord van het organisme oproepen. De prikkel geeft onvoorwaardelijk het antwoord. Als nu een neutrale prikkel, die op zich het antwoord niet kan oproepen, herhaaldelijk gekoppeld wordt aan een onvoorwaardelijke prikkel, dan blijkt dat na een aantal herhalingen ook de neutrale prikkel het antwoord kan oproepen. Anders gezegd: op voorwaarde van de herhalingen kan de neutrale prikkel het antwoord oproepen. De neutrale prikkel wordt een voorwaardelijke prikkel voor het antwoord. Prikkels die gelijken op de voorwaardelijke prikkel kunnen echter nu ook de reactie oproepen. Bij fobische verschijnselen kan men vaak generalisatie naar tal van situaties waarnemen. De genoemde verschijnselen worden samengebracht in de excitatiewet.

De excitatieprocessen worden in evenwicht gehouden door de selectieve en beperkende functie van de inhibitieprocessen op de aan het organisme toegevoerde prikkels. Onderscheid wordt gemaakt tussen interne inhibitie en externe inhibitie.

Onder interne inhibitie worden al die verschijnselen samengevat die resulteren uit manipulaties met de sekwentie voorwaardelijke-onvoorwaardelijke prikkel. Onder andere worden hierbij omschreven: de selectieve reactie op prikkels (differentiatie), voorwaardelijke prikkels die de eigenschap verkregen de reactie op andere prikkels te remmen (geconditioneerde inhibitie), het uitdoven van de reactie op een voorwaardelijke prikkel (extinctie).

Onder externe inhibitie wordt verstaan de afname van de antwoordgrootte, b.v. in termen van intensiteit, duur of amplitudo, door het gelijk met de voorwaardelijke prikkel aanbieden van een nieuwe of afleidende prikkel. Tot zover enkele principes bij het klassieke of Pavlovianse conditioneren. Ongeveer in dezelfde jaren dat Pavlov aan de Stimulus-Response sekwentie aandacht besteedde, deed Thorndike zijn beroemde experimenten op grond van een iets andere sekwentie namelijk: Response-Stimulus.

Prikkels die volgen op een antwoord van het organisme kunnen het optreden van het antwoord beïnvloeden. Het antwoord treedt op omdat het een effect, namelijk de prikkel, produceert. Dit principe is bekend geworden als de wet van het effect. Skinner heeft op grond van Thorndike's principe een uitvoerige, wat men zou kunnen noemen, gedragstechnologie ontwikkeld, die zeer veel mogelijkheden geeft tot controle en modificatie van gedrag. Collega Marinkelle zal u iets meer vertellen over de principes van operant conditioneren.

Reeds in de dertiger jaren werden pogingen ondernomen om de beide vormen van conditioneren in één theorie onder te brengen. Hieruit resulteerden tal van zogenaamde two-factor theorieën. Voor de gedragstherapie is vooral een theorie van belang, namelijk die van

Clark Hull. Om de twee principes (klassiek en operant conditioneren) te verenigen postuleerde Hull enkele interveniërende variabelen, ofwel symbolische constructa. Dat wil zeggen: hij veronderstelde enkele processen binnen het organisme om geobserveerde feiten met elkaar in verband te kunnen brengen.

De hele theorie van Hull uiteenzetten is vrijwel onmogelijk; wij zullen ons hier beperken tot het kort aangeven van één interveniërende variabele die echter in de gedragstherapie zeer vaak ter sprake komt, nl.: drive, en als proces: drive-reduction (drive of drijfveer = behoefte van organisme).

Hull meende dat geen enkel gedrag tot stand kon komen als daardoor niet in de reductie van een behoefte van het organisme voorzien werd. De hond van Pavlov scheidt speeksel af als hij honger heeft en als de honger metterdaad gestild wordt. De duiven en ratten van Skinner 'werken' alleen voor voedsel als ze een tijdlang tevoren daarvan gepriveerd zijn. Het vermijden van angstwekkende situaties bij fobische patiënten kan opgevat worden als gedrag dat de angst (als drive) reduceert; het vermijdingsgedrag zal ook voortduren zolang het effectief is t.a.v. angstreductie.

Tot nu toe hebben we, dacht ik, genoeg opgefrist van de leertheorie om terug te kunnen gaan naar ons uitgangspunt, nl. de vraag: 'Wat werd er geboden?' Voor een deel worden er inderdaad methoden geboden die direct afgeleid zijn uit de beschreven theorieën. Voor een deel echter worden ook een aantal methoden geboden die berusten op oude tot zeer oude aanwijzingen uit het dagelijks leven, maar waarbij getracht werd ze een wetenschappelijk fundament te verschaffen. Zo werd 'zachtjes aan dan breekt het lijntje niet' via Wolpes onderzoek een effectieve methode om mensen van hun fobieën af te helpen.

Enkele van de meest toegepaste methoden worden vandaag uitvoerig uiteengezet.

De introductie van de gedragstherapie geeft aanleiding tot het stellen van vragen die bij alle nieuwe methoden gesteld worden; maar ook worden er kritische kanttekeningen gemaakt door therapeuten die vanuit een andere theoretische oriëntatie werken. Ik zal nu op enkele van deze vragen en problemen nader ingaan.

Op grond van retrospectieve onderzoeken werden aanvankelijk vrij hoge verbeteringspercentages gerapporteerd. WOLPE (1966) rapporteerde bijvoorbeeld 90 pct. 'verbeterd of geheel verbeterd'. Latere studies kwamen tot een lager, maar nog steeds zeer bemoedigend percentage; namelijk 60 à 70 pct. Het dalen van het verbeteringspercentage werd voor een deel toegeschreven aan minder nauwkeurige selectie van patiënten. Op grond hiervan kan men besluiten dat de methode faalde of dat de verkeerde methode gebruikt werd.

Een beter inzicht in het effect van gedragstherapeutische methoden geven vergelijkende onderzoeken waarbij controlegroepen gebruikt wor-

den. Vooral met de desensitisatiemethode werden enkele van deze onderzoeken verricht. Men vergelijkt meestal 'geen therapie', inzicht-therapie en desensitatie. De onderzoeken van PAUL (1966) en LANG en LAZOVIC (1963) leidden tot de conclusie dat desensitatie effectiever is dan inzichttherapie. Een belangrijk bezwaar is echter dat zij eenvoudige fobieën behandelden, bij mensen die daarvoor niet zelf hulp gezocht hadden.

Belangrijker is daarom een zeer uitvoerige studie van GELDER en MARKS e.a. (1966, 1967, 1968) over therapie bij klinische en poliklinische patiënten. Naast mogelijke andere klachten waren bij deze patiënten de fobieën de belangrijkste klachten.

De patiënten werden verdeeld in drie groepen die behalve op klachten ook gematched werden op een aantal andere variabelen. Zestien patiënten werden met desensitatie behandeld, zestien met groepstherapie en tien met individuele psychotherapie. De frequentie van alle behandelingen was een zitting per week. De therapeuten voor de groeps- en individuele therapie waren psychiaters met ervaring op het gebied van de psychotherapie. De gedragstherapeuten waren ook psychiaters die allen ervaring hadden met het psychotherapeutisch behandelen van neurotische patiënten. Vier van de vijf gedragstherapeuten hadden echter geen enkele ervaring met gedragstherapie. De groeps- en individuele therapie werd gekarakteriseerd als psychotherapie 'on analytic lines'.

Als criteria voor verbetering werden gebruikt: 1. Veranderingen in het sociaal functioneren, en 2. Afname van symptoomklachten.

De gedragstherapie duurde gemiddeld negen maanden. De individuele psychotherapie en de groepstherapie werden om de behandelingsduur te kunnen vergelijken respectievelijk beperkt tot twaalf en achttien maanden.

Desensitatie bleek zowel aan het eind van de behandeling als na twee jaar follow-up meer verbetering te geven van de symptoomklachten dan de twee andere therapieën. Wat het sociaal functioneren betreft gaf gedragstherapie een grotere en snellere aanpassing bij het werk en de vrijetijdsbesteding. Groepstherapie en desensitatie gaven evenveel verbetering in interpersoonlijke relaties; bij de desensitatie kwam deze verbetering pas op gang nadat de symptoomklachten afgenomen waren.

De meer ernstige gevallen van agorafobie deden het even slecht bij alle behandelingen.

Zes maanden na de groepstherapie, werd bij zeven van de zestien patiënten die daarmee behandeld werden nog geen verbetering gevonden. GELDER en MARKS (1968) behandelden deze patiënten alsnog met desensitatie. In vier maanden verbeterden de symptoomklachten drie keer zo veel als in de voorgaande twee jaar.

Gezien de resultaten mogen we vaststellen dat desensitatie een effectieve therapiemethode is. Voor veel andere gedragstherapiemetho-

den zijn we nog aangewezen op retrospectieve studies. Daarbij worden ook gunstige resultaten gemeld. Vergelijkende studies zullen moeten leren of deze leertheoretische methoden effect sorteren. Daarnaast zal moeten worden nagegaan of het effect groter of gelijk is aan dat van andere methoden.

Naast de vraag naar het *effect* van gedragstherapie, is ook de vraag naar de *indicatie* van groot belang.

In principe zal elk gedrag dat afgeleerd of aangeleerd kan worden, voor gedragstherapie in aanmerking komen. De indicatiestelling lijkt dan ook niet zo'n enorm probleem. In werkelijkheid is de situatie niet zo eenvoudig. Weliswaar heeft het experimenteel psychologisch onderzoek heel wat kennis bijeengebracht over het aan- en afleren, maar in verhouding tot datgene wat we zouden willen weten, is dat toch nog weinig. Bovendien wordt in de huidige gedragstherapie nog maar een klein deel van de beschikbare kennis toegepast.

Tot nog toe werd reeds zeer uiteenlopend gedrag met gedragstherapie behandeld. Frequent beschreven werden onder andere: fobieën, seksuele problematiek, alcoholisme en in mindere mate andere verslavingen, dwanggedrag en stoornissen in de psychomotoriek. Veel literatuur is er over ernstige gestoorde gedragsvormen bij zowel oligofrene als psychotische kinderen en volwassenen.

De ervaring leert dat de gedragstherapie zich niet behoeft te beperken tot enkelvoudige gedragingen of symptomen. Uiteraard is het eenvoudiger om de condities op te sporen en te manipuleren die één enkele response of enkelvoudig gedrag betreffen, zoals bijvoorbeeld één tic. Er is voorlopig echter geen enkele reden om het analyseren en manipuleren van ingewikkelde gedragsinteracties na te laten.

De vraag: 'Welke patiënten komen voor gedragstherapie in aanmerking?' kan als volgt beantwoord worden. Bij elke klacht of groep van klachten, die gereduceerd kan worden tot een teveel in het gedrag dat geleerd werd (b.v. vermijdingsgedrag) of een tekort in het geleerde gedrag (b.v. bedwateren), kan men gedragstherapie proberen. Met de nadruk op proberen! Voor klachten die reeds met succes behandeld werden, ligt de indicatie voor de hand.

Behalve via het proberen van methoden is er nog een andere mogelijkheid om de voorspelbaarheid van het succes van gedragstherapie te onderzoeken. Met name het onderzoek naar individuele verschillen in conditioneerbaarheid en naar samenhang tussen conditioneerbaarheid en andere persoonlijkheidsvariabelen komen daarvoor in aanmerking. Alhoewel met onderzoek op deze gebieden reeds enige vorderingen werden gemaakt, is de bijdrage tot de indicatiestelling nog te verwaarlozen.

Na iets over effect en indicatiestelling gezegd te hebben, wil ik nu nog kort ingaan op enkele kritische kanttekeningen die bij de gedragstherapie wel gemaakt worden.

Al zou de gedragstherapie volledig succes hebben en al zouden de indicaties precies bekend zijn, dan nog zullen de meeste psychotherapeuten een belangrijke bedenking tegen de gedragstherapie willen aanvoeren.

Voor dynamisch georiënteerde therapeuten ligt het voor de hand dat gedragstherapeuten 'symptomen' behandelen. Dat wil zeggen: zij behandelen de verschijnselen die als gevolg van een onderliggend proces optreden. Zolang er niets aan dat proces gedaan wordt, zullen daaruit steeds nieuwe verschijnselen kunnen ontstaan. Gewoonlijk spreekt men dan van symptoom-substitutie.

Zolang men werkt binnen het zogenaamde medisch model, dat wil zeggen als men denkt in termen van ziekte en symptomen, moet men wel symptoom-substitutie voorspellen. Geen enkele van de bekende leertheorieën geeft echter aanleiding om iets dergelijks te veronderstellen. In de gedragstherapeutische literatuur is al enkele malen aandacht besteed aan dit verschijnsel, onder andere door GELDER en MARKS (1967, 1968), waarbij echter geen symptoom-substitutie werd gerapporteerd. Als er opnieuw 'symptomen' optreden, dan zijn dat de symptomen die men heeft proberen te verwijderen. Dit terugvallen in het oude symptoom is zeer goed te verklaren met leertheoretische principes. Wat het terugvallen zelf betreft, komen twee remedies in aanmerking die nog niet helemaal gerealiseerd kunnen worden. Allereerst moeten we zoeken naar betere methoden om het symptoom zelf aan te pakken. Op de tweede plaats zou de controle op het leerproces ook voortgezet moeten worden nadat het symptoom verdwenen is. Bekend is bijvoorbeeld bij aversie-therapieën van verslavingen en seksuele problemen, dat patiënten als ze geen hinder meer ondervinden van hun klachten, willen ophouden met de behandeling, terwijl ze op grond van de leerprincipes nog een aantal aversieve zittingen zouden moeten ondergaan.

Pavlov heeft gewezen op de mogelijkheid dat neurotisch gedrag het resultaat kan zijn van pathologische processen in het centrale zenuwstelsel, waarbij de excitatie- en inhibitieprocessen in een abnormaal evenwicht verkeren. In gevallen waar van dergelijke pathologische processen sprake is, kan symptoombehandeling geen blijvende verbetering brengen. Voor zover mij bekend, is er aan dit fenomeen in de gedragstherapie nog niet veel aandacht besteed.

Tenslotte wil ik nog iets zeggen over de uitvoering van gedragstherapie. Vrij frequent hoort men door niet-gedragstherapeuten het vermoeden uitspreken dat het uitvoeren van een gedragstherapie erg simpel moet zijn. Zelfs hoort men wel dat het niet méér zou zijn dan het toepassen van een aantal 'foefjes' die slechts zeer verwijderd iets te maken zouden hebben met leertheorie. In tegenstelling tot deze vermoedens moet gezegd worden dat er niet veel patiënten zijn waarbij simpele therapie mogelijk is. Afgezien van de patiënten vereist het opstellen van een therapieprogramma een

uitvoerige kennis van de leertheorie en veel ervaring in het toepassen van wetenschappelijke methoden.

In het voorgaande heb ik geprobeerd u in het kort in te leiden in de achtergronden van de gedragstherapie, en heb ik enkele vragen die in verband met gedragstherapie gesteld zouden kunnen worden, kort besproken.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de gedragstherapie, zoals die momenteel beoefend wordt, haar wortels vindt in het leeronderzoek, met name in het onderzoek van het klassieke en operant conditioneren. Op grond van de tot nu toe behaalde resultaten is het bestaan van de gedragstherapie zeker gewettigd, ook in vergelijking met andere therapieën. De ontwikkeling van de gedragstherapie verdient dan ook alle aandacht.

SUMMARY

Behaviour therapy is introduced by stressing its behavioural background. Basic principles of classical conditioning are described. Hull's work is briefly mentioned.

The outcome of behaviour therapy is considered mainly by referring to researches into phobic behaviour by Gelder and Marks.

Problems in indication for behaviour therapy are discussed. Some frequent criticisms, mainly from dynamic origin, are commented upon.

In conclusion the importance of the development of behavioural therapy was brought to the attention of the audience.

LITERATUUR

- Eysenck, H. J. (Ed) (1960) *Behaviour Therapy and the Neurosis*. Pergamon Press, Oxford.
- Gelder, M. G.,
Marks, I. M. (1966) 'Severe Agoraphobia: A Controlled Prospective Trial of Behaviour Therapy'. *Brit. J. Psychiat.* 112, 309—319.
- Gelder, M. G.,
Marks, I. M.,
Wolff, H. H. (1967) 'Desensitisation and Psychotherapy in the treatment of phobic states: A Controlled Inquiry'. *Brit J. Psychiat.* 113, 53—73.
- Gelder, M. G.,
Marks, I. M. (1968) 'Desensitisation and phobias: A cross-over study'. *Brit. J. Psychiat.* 114, 519—525.
- Lang, P. J.,
Lazovic, A. D. (1963) 'Experimental desensitisation of a phobia'. *J. abn.soc. Psychol.* 66, 519—525.
- Paul, G. L. (1966) *Insight versus desensitisation in Psychotherapy*. Stanford University Press, Stanford, California.
- Wolpe, J.,
Lazarus, A. A. (1966) *Behavior therapy techniques*. Pergamon Press Oxford.