

## RECIPROKE INHIBITIE, IN HET BIJZONDER DESENSITISEREN

door Drs. M. P. BOLTEN

(*'De Viersprong' Halsteren, gencsheer-directeur Dr. M. v. d. Beek*)

### I INLEIDENDE OPMERKINGEN

Desensitisatie is vergelijkbaar met het procédé van de allergoloog: het desensibiliseren voor bepaalde stoffen.

Reciproke inhibitie, 'incompatible responses', zijn enkele andere benamingen voor hetzelfde psychotherapeutisch proces. Het principe, waar deze therapie op stoelt is het antagonisme tussen bepaalde gedragingen.

Het woord gedrag dient hier opgevat in de moderne zin nl. niet beperkt tot spiercontracties of secretie van stoffen. De elementen van het gedrag hoeven niet per se moleculair te worden gedefinieerd.

Antagonisme tussen gedragingen is een mechanisme dat iedereen hanteert en ervaart. Het principe van de psychische pijnbestrijding („tanden op elkaar”, pijnloze bevalling, of bij de tandarts in de stoel: „knijpt u maar in de leuning”) stoelt er o.a. op. Ook het verzoek van onze reisgenoot om het gesprek te staken als we in de gecompliceerde verkeerssituatie autorijden, het probleem om twee verschillende dingen tegelijk te doen, is erop terug te voeren.

Het is niet de bedoeling om in dit bestek een (neuro)fysiologische verhandeling te geven over het hoe en wat van bestaande antagonismen. Het is van niet meer dan historisch belang, dat men in de tegenstelling tussen sympatisch en parasympatisch gedrag het werkzaam bestanddeel van de desensitisatie-technieken heeft gezocht. In elk geval is reeds vroeg aangetoond dat 'angst' en 'eten' (beide gedefinieerd als gedragingen) elkaar wederzijds remmen. Ook ten dele op het gebied van psychiatrie ligt de frequent vermelde waarneming dat huilen de astma-aanval kan couperen. Ook angst en slaap of slaperigheid vormen elkaar belemmerende gedragingen. Het gaat bij de reciproke inhibitie altijd om het antagonisme tussen gedrag 1 (angst) en gedrag 2 (de ontspanning).

### II ONTSPANNING

Enkele antagonistische responsen met betrekking tot angst zijn:

eten	mensen
warmte	alcohol
muziek	seksuele voldoening
medicatie	slaap

Het antagonistisch vermogen van elk van deze prikkels is natuurlijk mede individueel bepaald.

(In principe kan elk van deze factoren gehanteerd worden in de gedragstherapie. Iedere prikkel die tot ontspanning leidt, kan worden beoordeeld op zijn gehalte aan direct fysiologische inwerking of aan inwerking via de psychische betekenis van die prikkel: de geconditioneerde waarde van die prikkel.)

Waar men in de gedragstherapie concreet mee werkt is afhankelijk van het individu waarmee men zich in de gedragstherapie begeeft. Om even een veel gehoord misverstand naar voren te brengen: in de gedragstherapie is men er van meet af aan bewust van geweest dat de relatie van patiënt en therapeut angst kan inhiberen. De gedragstherapie stelt echter dat deze angst-reducerende prikkel niet specifiek is voor de gedragstherapie: ze is gemeen aan alle vormen van psychotherapie.

In de praktijk werkt men met volwassenen het meest met relaxatietechnieken: progressive relaxation, autogene training, hypnose. Men leert de patiënten zich te ontspannen; hun wordt geleerd in een vaste volgorde verschillende spieren of spiergroepen te ontspannen. Het verdient zeker de voorkeur om daarvoor een stoel te gebruiken die de mogelijkheid biedt om helemaal in te ontspannen. Om een voor mij onbegrijpelijke reden gebruiken de meeste gedragstherapeuten liever geen divan.

### III DE HIËRARCHIE

Men heeft een aantal zittingen nodig om de patiënt die ontspanning te leren. Hij wordt geïnstrueerd om die ontspanning ook zelf thuis, dus buiten aanwezigheid van de therapeut, te oefenen.

In die eerste zittingen wordt tevens aandacht besteed aan het construeren van 'de hiërarchie', een lijst van prikkels die de patiënt beangstigen. Het begrip prikkel wordt ruim opgevat: zo is het zich-bevinden-op-straat een prikkel, of het aanhoren van een denigrerende opmerking, of een bepaald dier of substantie. Het gaat dus om psychologische prikkels, niet om fysische. Deze prikkels worden geordend naar de mate waarin zij angst opwekken.

Voor de patiënt met een agoraphobie kan zo'n hiërarchie er b.v. als volgt uitzien:

alleen op een grote open vlakte, in het midden;  
 samen op een grote open vlakte, in het midden;  
 alleen in het midden van een brede boulevard;  
 in gezelschap in het midden van een brede boulevard;  
 met enkele anderen, in een smalle steeg, dicht langs de huizen lopend.  
 In deze denkbeeldige hiërarchie zijn dus opgenomen het phobische object plus een modifierende 'externe' omstandigheid, nl. gezelschap. Over dat lokaliseren van de angstverwekkende prikkel is nog veel meer te zeggen — vaak komt men er pas tijdens de therapie zelf achter wat nu de relevante dimensies zijn.

Bij het opstellen van de hiërarchie is men eigenlijk steeds doende met het generalisatie-mechanisme. Generalisatie: gegeven een bepaalde S - R verbinding blijkt dat ook andere prikkels dezelfde response oproepen en wel sterker, naarmate ze meer overeenkomen met de oorspronkelijke prikkel. Zo ontstaat ook veelal het angstgedrag: aanvankelijk een vermijdingsgedrag t.o.v. een bepaalde concrete prikkel, ziet men dat de angst zich als een olievlek uitbreidt. Zo ervaart de enigszins introspectieve patiënt het ook. Het vermijdingsgedrag t.o.v. een klasse objecten wordt nu in de hiërarchie gestructureerd, door en met de patiënt.

#### IV PROCEDURE IN DE THERAPIE

De patiënt wordt gevraagd zich te ontspannen. Hij geeft een signaal (of de therapeut beoordeelt) wanneer de ontspanning is ingetreden. Vervolgens wordt het element onderaan de hiërarchie gepresenteerd, als voorstelling of in realiteit. Als de patiënt zich angstig (gespannen, ongerust, bezorgd etc.) voelt dient hij dat aan te geven via een signaal (b.v. oplichten wijsvinger). De therapeut neemt dan het item terug ('stop nu deze scène') en de patiënt gaat wederom ontspannen. Men herhaalt deze procedure tot de patiënt deze eerste, gemakkelijke scène zonder angst kan beleven. Zo wordt de hele hiërarchie afgewerkt. De patiënt is dan genezen.

#### V OPMERKINGEN

(a) De eis: patiënt moet kunnen ontspannen. Dat schijnt niet altijd mogelijk te zijn. Soms is dit een zaak van gebrek aan waarnemingskwaliteiten: mensen die zich totaal niet van hun lichaam bewust zijn. Er zijn ook aanwijzingen dat musculaire ontspanning niet steeds gepaard hoeft te gaan met dergelijke veranderingen in autonome activiteit of subjectieve ervaring van kalmte en rust. Soms ook is de situatie zelf zo hoog op de hiërarchie van angstprikkels, dat de ontspanning niet lukt. Er zijn in dergelijke gevallen verschillende wegen. Bespreken kan soms zin hebben, maar men kan ook een reciproke inhibitie teweegbrengen op andere manier dan via de ontspanningstechnieken. Een methode is b.v. het toedienen van elektrische pulsen in een vaste regelmaat. Deze pulsjes moeten wel duidelijk waarneembaar zijn, maar ze mogen niet pijnlijk zijn. Van deze stimulering gaat een sterk inhiberend effect uit op andere S - R processen. Een eveneens vrij recente methodiek is die, waarbij men de ontspanning medicamenteus teweegbrengt. Men gebruikt daarvoor Brevital ('methohexital sodium'); dit wordt intraveneus toegediend. Met dit barbituraat bereikt men een soort slaperigheid, welke zeer snel inzet en weer verdwijnt. Er is een diepgaande musculaire ontspanning. Bij dit Brevital of Brietal (Littey) werden volgens de literatuur geen ongewenste neven-effecten opgemerkt.

(b) Vervolgens de voorstelling. Soms is een desensitisatie onmogelijk doordat het oproepen van de relevante angst-prikkels niet lukt. De patiënt heeft b.v. een te weinig levendige voorstelling. „Het wordt niet echt genoeg' zegt de patiënt. In dat geval gaat men over op training in vivo. Bij hoogtevrees en dergelijke leert men de patiënt dus ontspannen en daarna gaat men, volgens de hiërarchie, met de patiënt werkelijk trappen klimmen e.d.

Een speciaal probleem doet zich, naar mijn ervaring, voor bij sommige dwangneurotische patiënten. Als zulk een patiënt zich de angst-prikkel voorstelt, verbindt hij daar automatisch ook zijn gebruikelijke manieren van angstreductie aan. Als voorbeeld: 'U raakt met één vingertop de deur van het toilet aan' zegt de therapeut. Dit stelt de patiënt zich dan braaf voor, maar hij stelt zich tevens voor dat hij naar de wastafel loopt en die vinger begint af te wassen. Vermoedelijk is training in vivo ook hier het antwoord.

## VI ENKELE RESULTATEN

De gedragstherapie claimt hoge genezingspercentages, duidelijk uitstekend boven die van andere therapieën. Men is in deze kringen nogal bekommerd om resultatencontrole. Die goede resultaten worden pas de laatste jaren ietwat afgezwakt. Lang bestaande agoraphobieën, of dwangneurosen zijn enkele neurotische subgroepen waarbij ook de gedragstherapie niet uitkomt boven de gemiddelde resultaten. Met andere groepen (b.v. frigiditeit) wordt wel veel bereikt. Phobieën, al of niet multipel zijn een speciale indicatie voor gedragstherapie.

Vanuit theoretische overwegingen is nogal eens de vrees uitgesproken dat gedragstherapie slechts tot symptoom-verschuiving zou leiden. Het mag thans bewezen worden geacht dat deze veronderstelling onjuist is.

## VII SPECIALE PROBLEMEN

Wolpe ontkent het bestaan van 'free-floating anxiety'. Hij spreekt liever van 'pervasive anxiety' en de inhibitie geschiedde vaak via CO<sub>2</sub> (la Verne, Meduna) of althans via ademhalings-responses. Wolpe meent dat deze 'pervasive anxiety' een angst is welke gekoppeld is aan een 'diffuus' object, zoals licht, zwaartekracht, geluid, het verstrijken van tijd e.d. Objecten dus die altijd min of meer present zijn. Op grond van het feit dat juist de angst-gedragingen na CO<sub>2</sub> inhalatie verdwijnen, leidt Wolpe af dat er S - R verbanden worden afgeleerd. De respiratoire prikkeling zou hier antagonistisch werken op de angsttoestand.

Er zijn nog enkele andere desensitisatie-technieken (anxiety-relief methode en reciproke inhibitie via motorische responses) waar slechts casuïstiek over bestaat. In resistente gevallen kan men daar soms goede resultaten bij verwachten.

## VIII CASUÏSTIEK

Man, geb. 1937, vertegenwoordiger in damestextiel. Is bij het eerste contact (juni 1965) 4 jaar gehuwd; er zijn 3 kinderen. Het huwelijk is niet in orde; de echtgenote wijst seksueel verkeer af, meestal onder verwijzing naar pijn, moeheid, menstruatie. Medisch onderzoek heeft nooit positieve resultaten opgeleverd. Er zijn ruzies. Patiënt komt uit een groot, streng R.K. gezin; hij leed tot het 14e jaar aan bedwateren. Daarnaast mutuele onanie vanaf 6e jaar met een veel oudere broer. Vanaf zijn 15e jaar verkering met zijn huidige vrouw. In de familie-anamnese vindt men o.a. dat P. psychiatrisch behandeld is.

Patiënt brengt na een redelijk succesvolle gesprekstherapie van ca. 6 maanden zijn angst naar voren om in besloten ruimtes te zijn: kerk, winkels, cinema, vergaderzalen, veerboten. Ieder kent het symptoom, nl. de angst flauw te zullen vallen, knikkende knieën, vlak bij de uitgang gaan zitten als het dan toch niet te vermijden is. Het wachten, m.n. in een rij staan, is onverdraaglijk. In 1965, toen patiënt voor het eerst hier kwam, had hij veel vagere klachten over flauwvallen en angst. Patiënt is vroeger al eens 'overspannen' geweest: huilen, angst, schelden, flauwvallen.

Wanneer patiënt zich in 1967 ten tweede male meldt op de polikliniek van 'de Viersprong' wordt tot een gedragstherapie besloten.

We zien een vrij lange, intelligente man; pedant is hij zeker. Er is een onaangenaam soort vlotheid, waarschijnlijk een 'deformation professionnelle'. In het gedrag komen de autoriteitsproblemen vooral naar voren in een krampachtig op-voet-van-gelijkheid praten.

Als 'paper en pencil' test krijgt de patiënt de ABV; we zien duidelijk verhoogde N-score en NS-score. Op een vertaalde vragenlijst naar phobische objecten ziet men drie phobische 'families' nl. de angst voor:

- 1 ziekte, wonden, dood, mismaaktheid,
- 2 kritiek, afkeuring, vijandigheid, autoriteit,
- 3 besloten ruimtes.

De behandeling wordt begonnen met een exposé over de associatie van bepaalde objecten en angstreacties. Ontspanning wordt geïntroduceerd als een aan angst antagonistische toestand.

De eerste ontspanningsoefeningen vormen voor patiënt een hele ervaring; hij leert snel. De hiërarchie die wordt opgesteld is een heel simpele, nl. het aanwezig zijn bij de mis. De makkelijkste situatie is dat patiënt alleen, achterin bij de uitgang, op een hoekplaats, in de kerk zit. Deze voorstelling kan patiënt zonder enig ongerief verdragen.

De volgende situatie is die waarbij patiënt meer vooraan in de kerk zit, en zo geleidelijk opschuift naar de voorste bank.

De andere variabele is de plaats in de bank; de moeilijkste situatie is die waarin hij midden in een volle bank zit.

Voorts blijkt van belang hoe vol de kerk is.

Reeds gedurende de eerste 5 zittingen kan patiënt zich steeds makkelijker zonder angst of spanning in situaties inleven. Hij gaat ook in de realiteit, met stijgend succes, het kerkbezoek hervatten.

In de periode van 22.11. tot 8.12 (8 zittingen) is het concrete angstgedrag praktisch verdwenen. Er volgt dan, op instigatie van patiënt een aantal gesprekken over de seksualiteit, waarin de conflicten die ik U eerder vertelde, naar voren kwamen.

Op 15-1-1968 wordt de desensitisatie hervat; ditmaal is het onderwerp de werksituatie, nl. het bezoek aan winkels en warenhuizen, waar patiënt inkopers ontmoet.

Voor zijn angst zijn bepalend:

1 de persoon van de inkoper — dat kan variëren van kort en zakelijk tot autoritair en langdradig; daarmee gecorreleerd is de hoeveelheid angst;

2 de aard van het gesprek — hoe meer agressie, hoe meer angst;

3 plaats van het gesprek — variërend van een aparte, plezierige inkoopruimte tot het bedeesd moeten wachten zonder stoel voor de toonbank, totdat eerst alle klanten geholpen zijn;

4 de mate waarin patiënt in de betrokken winkel al eerder angstervaringen opdeed.

Deze desensitisatie kan reeds op 24.1 gestaakt worden, omdat patiënt zich dan het merendeel van de situaties zonder ongerief kan indenken. Deze 4 factoren werden eerst weer allemaal zo gemakkelijk mogelijk voorgesteld en geleidelijk aan werden de combinaties moeilijker. Eén bepaalde combinatie moest, tijdens één zitting, 5x gepresenteerd worden voor patiënt deze voorstelling angstvrij kon ervaren. Vervolgens worden dan, voordat patiënt het werk volledig gaat hervatten, een aantal zeer moeilijke, concrete winkels in de oefenreeks opgenomen; ook deze situaties leert patiënt angstvrij ervaren.

De follow-up is van zeer korte duur (2 maanden) maar er kan gezegd worden dat patiënt zich goed voelt; in de werksituatie zijn er nog wel eens angstige momenten, maar patiënt kan ze uitzitten en couperen door te ontspannen. Paniek is niet meer voorgekomen.

Hij is meer 'assertive' geworden in zijn contact met chefs en collega's. In zijn huwelijk heeft hij het contact met zijn echtgenote weten te herstellen. Er heeft ook reeds enige malen coïtus plaatsgevonden. Patiënt vermijdt geen situaties meer op grond van angstige verwachtingen. Ook situaties waarin hij zich liever niet zou begeven durft hij momenteel aan. Volgens zijn zeggen is zijn levensvreugde aanmerkelijk toegenomen.

## SUMMARY

*After a short introduction on the theoretical principles underlying psychotherapy by reciprocal inhibition, a description is given of the most important features in a desensitization procedure. The difficulties one may meet when constructing a*

hierarchy and inducing relaxation are mentioned. Some possible alternative means to attain desensitization are discussed. Finally, the procedure is illustrated by an account of the treatment in a case of claustrophobia.

#### LITERATUUR

- Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanf. Univ. Press, Stanford 1963.
- Eysenck, H. J. *Behaviour therapy and the neuroses*, Pergamon Press, Oxford 1963.
- Wolpe, J. *Behaviour therapy techniques*, Pergamon Press, Oxford 1966.
- Lazarus, A.

#### VERANTWOORDING

Met bijzonder veel genoegen heeft de redactie dit dubbelnummer van het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie samengesteld. Het is geheel gewijd aan één onderwerp — de gedragstherapie; opgenomen zijn de voordrachten welke gehouden werden op het symposium over dit onderwerp op 6 april 1968 te Amsterdam, onder auspiciën van de Nederlandse vereniging voor Psychotherapie.