

OVER KLINISCHE TOEPASSING VAN GEDRAGSTHERAPIE*

door prof. dr. A. POSLAVSKY te Den Dolder

In verband met de beperkte tijd wil ik dit referaat over klinische toepassing van gedragstherapie de vorm geven van een toelichting op de volgende stelling: gedragstherapie vormt een belangrijke verrijking van ons behandelingsarsenaal, maar introductie en toepassing ervan in een psychiatrisch centrum of kliniek is een complexere zaak dan invoering van de meeste andere nieuwe therapieën b.v. de toepassing van een nieuw pharmacon.

Ik kies juist dit voorbeeld omdat er interessante overeenkomsten en verschillen zijn tussen het gedragstherapeutisch en het farmaco-therapeutisch denken, waarop later in dit referaat wordt ingegaan. Deze toelichting wil ik trachten te geven aan de hand van enkele punten n.l.

- omschrijving en indeling van gedragstherapie,
- leerprincipes,
- methoden van introductie van gedragstherapie in het psychiatrisch centrum.

OMSCHRIJVING VAN GEDRAGSTHERAPIE

Vgl. LAZARUS, die als eerste in 1958 de term behavior therapy in een wetenschappelijk tijdschrift invoerde, is de standaard definitie van gedragstherapie die van WOLPE: 'het gebruik van experimenteel vastgestelde leerprincipes met het doel onaangepast gedrag te veranderen'. (VAN PARREREN omschrijft leren als 'een proces met duurzame resultaten waardoor nieuwe activiteiten van de persoon ontstaan of reeds bestaande zich wijzigen' (p. 17).

KANFER en PHILLIPS spreken van behavioral learningmodels die o.m. het volgende gemeen hebben: zij zijn gecentreerd op *gedrag in de context van de omgeving*;

de benadering is vooral gericht op meetbare dus *specifieke 'events'* als doel voor de therapie, de 'events' worden gekarakteriseerd als symptomen vanwege de ongewenste rol die zij spelen in het leven van de patiënt;

deze symptomen worden eerst onderzocht om de variabelen die ze in stand houden te vinden en dan veranderd door de variabelen te wijzigen die de symptomen in stand houden.

* Referaat gehouden tijdens het congres van de Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, november 1971.

Dank aan de leden van de Functionele Werkgroep: Onderzoek naar en toepassing van therapie en therapie-indicatie binnen de psychiatrische afdelingen van de Willem Arntsz Hoeve.

Learning approaches tenslotte, (nog steeds volgens deze auteurs) erkennen het belang van zo genoemde 'past events' in de *vorming* van aangeleerd gedrag, maar *gedragstherapeutische programma's* behandelen altijd *lopende (current)* gedragsafwijkingen.

INDELING VAN GEDRAGSTHERAPIE

Nu een enkel woord over mogelijke indelingen van het gehele veld der gedragstherapie. Aangezien er verschillende leermodellen zijn, en er vele therapeutische technieken bestaan, die op een verscheidenheid van problemen worden toegepast, zijn er verschillende indelingen gemaakt. Ik volg een voorstel van KANFER en PHILLIPS omdat dit zeer overzichtelijk en indicatie-gericht is.

Zij bespreken achtereenvolgens:

1 — Instigatietherapie waarbij het kernpunt is 'het gebruik van de therapeutische relatie voor het gezamenlijk opstellen van een programma dat de patiënt uitvoert in zijn gewone dagelijkse omgeving bij afwezigheid van de therapeut'.

Zulk een programma kan ook worden opgesteld met een huisgenoot of b.v. met echtelieden gezamenlijk. Het is duidelijk dat het programma staat of valt met de zelfwerkzaamheid van de betrokkene(n).

2 — Replicatie therapie.

Hier tracht men relevante delen van de omgeving van de patiënt te stimuleren of repliceren in de aanwezigheid van de therapeut. De patiënt krijgt de gelegenheid zijn problematische gedragingen te evalueren en nieuwe gedragswijzen te proberen zonder vrees voor traumatische consequenties.

Het meest bekende voorbeeld van dit type is de reciproke inhibitie, of systematische desensitisatie. De patiënt wordt geïnstrueerd zich belevingen voor te stellen die in toenemende mate moeilijk zijn voor hem, terwijl geconditioneerde angstreacties worden tegengegaan door relaxatie. Hier is volle medewerking doch minder zelfwerkzaamheid vereist.

3 — Interventie-therapie is te karakteriseren, doordat de therapeut onmiddellijk intervenieert door zich *rechtstreeks* te richten op gespecificeerde observabele gedragingen, niet door gebruik te maken van de bemiddeling van de patiënt of door replicatie, maar door het voorkomen van een bepaalde gedraging aan te grijpen om de frequentie ervan te beïnvloeden.

Hier kan men, althans in de aanvang, met weinig medewerking volstaan.

LEERPRINCIPES

Er worden verschillende leerprincipes of -typen onderscheiden die van

belang zijn voor de gedragstherapie. Voor dit betoog zijn de volgende de belangrijkste.

a — De klassieke conditionering, vgl. Pavlow: het instellen van voorwaardelijke reflexen.

Een indifferente stimulus b.v. geluid wordt gepaard met een onvoorwaardelijke stimulus b.v. voedsel. Na enige tijd verwekt de geluids-stimulus dezelfde salivatiereactie als het voedsel: de ongeconditioneerde stimulus (voedsel) kan vervangen worden door de geconditioneerde n.l. het geluid; vandaar dat deze vorm van leren ook wel stimulus-substitutie of S-type conditionering wordt genoemd.

Een der oudste voorbeelden van dit leertype in de praktijk is de behandeling van het alcoholisme (in 1929) door Kantorowich (hoewel reeds *Plinius Senior* (23-79) vgl. FRANKS vernuftige technieken voorstelde om een afkeer van alcohol te doen ontstaan). Kantorowich deed de stimulus alcohol gepaard gaan met een elektrische schok. Na enige tijd kreeg de alcohol dezelfde functie als de schok n.l. het teweeg brengen van een geconditioneerde respons van aversie en vrees bij het zien of proeven van alcoholica.

Dit principe is veelvuldig toegepast bij de behandeling van alcoholisme met behulp van emetica (als een der eersten door Voegtlin).

b — De operante of instrumentele conditionering heeft in Skinner zijn bekendste vertegenwoordiger.

Het principiële verschil met het voorgaande type is dat niet primair een stimulus wordt aangeboden die een response a.h.w. dwingend uitlokt doch dat hier een stimulus wordt aangeboden aansluitend aan een reeds gestelde handeling of response met het doel deze response te wijzigen. Daarom spreekt men van R-type leren.

Aan diegenen die de z.g. actieve methode van VAN DER SCHEER bestudeerd hebben zal opvallen dat deze de nadruk legde op het actiever en ogenblikkelijk ingaan op het handelen van de patiënt met het doel het handelen te wijzigen.

Wanneer de achteraf gegeven stimulus de voorafgaande response in frequentie doet toenemen noemt men de stimulus bekrachtigend of bekrachtiger.

Wanneer het *presenteren* van de stimulus bekrachtigend werkt (b.v. waardering tonen) dan spreekt men van *positieve* bekrachtiging; wanneer het *verwijderen* van een stimulus *bekrachtigend* werkt noemt men dit een negatieve bekrachtiging.

Ik moet u erop wijzen dat alleen handelingen, die (tenminste partieel) *daadwerkelijk gesteld* worden, vatbaar zijn voor bekrachtiging. Overigens moet hier aan toegevoegd worden dat er thans niet één theorie is die alle empirische gegevens over bekrachtiging kan verklaren (MEYER en CHESSER). In dit verband moet een twee-factoren theorie worden vermeld die vooral tot ontwikkeling kwam door de moeilijkheden bij het verklaren van verschijnselen van aangeleerd vermijden d.w.z. *niet*

doen (o.a. Mowrer).

Dit kan het beste aan een laboratorium-experiment worden toegelicht: Wanneer een proefdier een sterk aversieve d.w.z. vreesaanjagende stimulus wordt aangeboden (b.v. elektrische schok) en hij kan daaraan ontsnappen (b.v. door naar een ander deel van de kooi te springen) dan zal hij dat doen zodra hij dat door operante conditionering heeft geleerd. Laat men nu aan de elektrische schok een andere prikkel voorafgaan (b.v. licht) dan zal het dier reeds op het lichtsignaal naar het veilige deel van de kooi springen. Hoe kan men dit verklaren? De elektrische schok heeft bij het dier ongeconditioneerde angst doen ontstaan en daarmee de aandrift om aan de angstige situatie te ontsnappen. Het ontsnappingsgedrag is bekrachtigd door operante conditionering. Combinatie van licht en schok bewerkt dat het licht een klassiek geconditioneerde angst voor het licht en de daarmee samenhangende aandrift tot ontsnappen doet ontstaan. Zo gezien wordt angst een geconditioneerde vermijdingsdrijf. Is het tijdsinterval tussen licht en schok groot genoeg om het dier gelegenheid te geven vóór de schok te ontsnappen dan zal het niet gewaar worden of het licht werkelijk door een schok gevolgd wordt of niet. Huiselijk gezegd: het durft niet te gaan waarnemen of het veilig is of niet, het voert de vermijdingsreactie uit. Het is bekend dat deze reacties bijzonder lang blijven bestaan. Dit probleem van de *persistentie* van het geconditioneerde vermijdingsgedrag is eigenlijk nog niet bevredigend verklaard. (DE MOOR en ORLEMANS).

In het gegeven voorbeeld wordt vermijding mogelijk door het *stellen* van een actieve handeling.

Men kan de proefopzet zodanig wijzigen dat het nalaten van een handeling op analoge wijze uitblijven van de aversieve situatie bewerkt: in plaats van een *actieve* ontstaat dan een *passieve* vermijdingsreactie. Verschillende klinische problemen kunnen verhelderd worden door na te gaan of ze als geconditioneerde vermijdingsreacties kunnen worden begrepen.

Ik denk hier allereerst aan de problemen die wij zien ontstaan rond het naar huis gaan, al is het maar voor een weekeinde ook bij patiënten die pas vrij kort tevoren zijn opgenomen.

Herhaaldelijk ziet men dat het oproepen van het beeld van 'thuis' i.h.b. een der huisgenoten reeds zoveel angst oproept dat het vragen om uitstel door de patiënt niet onverwacht komt.

c — Tot dusverre werd niet gesproken over de vraag of en in hoeverre leerprocessen, met name van het operante type worden beïnvloed door eigen inzicht van de patiënt; inzicht gedefinieerd als het correct onder woorden brengen van samenhangen tussen gedrag en bekrachtiging (BANDURA).

Een eenvoudig en duidelijk antwoord is op deze vraag niet te geven omdat het een uitermate complex probleem is. Voor de praktijk lijkt

het veilig om te zeggen dat inzicht in bovenbedoelde zin het operante leven zeer kan vergemakkelijken doch geen noodzakelijke voorwaarde daarvoor is. Als patiënt en therapeut hetzelfde doel nastreven betekent dat voor de praktijk enerzijds dat hoe duidelijker de opzet van de behandeling door de patiënt begrepen wordt hoe beter, anderzijds dat patiënten die nauwelijks enige verbale interactie toelaten toch aan een programma dat op operante leerprincipes berust kunnen deelnemen. d — Tenslotte wil ik nog leerwijzen noemen die hun beknopte formulering vinden in het spreekwoord: wie zich aan een ander spiegelt, spiegelt zich zacht. Dat is ook zo, echter alleen voorzover degene die zich spiegelt goed waarneemt, zich een duidelijke voorstelling (representational mediation) kan maken van het waargenomen en ernaar handelen. Meer technisch gezegd gaat het om die leerprocessen waarbij geleerd wordt door het waarnemen van het gedrag van anderen die optreden als 'modellen' en de consequenties van het gedrag voor de modellen. Vicariërende fenomenen worden onder een verscheidenheid van termen gesubserveerd. (Interessant is dat BANDURA hieronder ook noemt 'rollenspel').

Het grote belang van deze soort werkwijze, is dat een bijna onbeperkte variatie van gedragsproblemen langs deze weg kan worden aangepakt zoals het wegwerken van lacunen in het gedrag, reductie van angst en geremdheid, enz.

INTRODUCTIE IN PSYCHIATRISCH INSTITUUT

Men kan gedragstherapie op drie manieren in het psychiatrisch centrum invoeren:

a — door het inrichten van afzonderlijke gedragstherapeutische afdelingen, waarin een of meerdere technieken worden toegepast;

b — door het samenbrengen van groepen patiënten die gedurende een deel van de tijd gedragstherapeutisch behandeld worden;

c — door het integreren van gedragstherapeutische programma's in de behandeling van patiënten in niet specifiek gedragstherapeutisch gerichte afdelingen.

ad a — Gedragstherapeutische afdelingen waarin operante conditioneringsprincipes als dominante handelwijze worden toegepast zijn vooral door het werk van AYLLON en AZRIN sterk in de aandacht gekomen. Vaak worden deze afdelingen benoemd naar een kenmerkend aspect n.l. de Token Economy en spreekt men van T.E. afdelingen. Zoals bekend worden tokens gebruikt als geconditioneerde stimuli, d.w.z. ze staan voor andere zaken die bekrachtigd zijn; in tegenstelling tot vele andere bekrachtigers kunnen zij echter ogenblikkelijk bij de hand zijn en dus de tijd overbruggen die zonder tokens zou moeten verlopen tussen het stellen van de handeling en bekrachtiging.

NEVENZEEL gaf op het gedragstherapeutisch congres in München (juli 1971) een beschrijving van de T.E. afdeling in Den Dolder waar het volgende aan ontleend is: De afdeling functioneert nu ruim 1½ jaar. De bevolking bestaat uit 11 'chronische' vrouwelijke patiënten, de gemiddelde leeftijd is omstreeks 50 jaar, de gemiddelde opname-duur is ongeveer 23 jaar; 8 van de 11 patiënten zijn gediagnosticeerd als schizofreen. Het waren patiënten die op de afdeling waar zij verbleven zeer moeilijk te verplegen waren.

De medewerkers zijn 15 'behaviour engineers' (13 vrouwen, 2 mannen). Zij komen niet uit de verpleging, maar zijn voor deze afdeling in dienst genomen. De meesten hebben een middelbare school.

In de opleiding welke 1 à 2 weken duurt, en voor 4 à 5 man tegelijk wordt georganiseerd, worden de bedoelingen van de afdeling uiteengezet. Er worden hoofdstukken uit FERSTER en PERROT bestudeerd, terwijl in de laatste dagen regels voor het praktisch handelen en informatie over de behandelingsplannen worden besproken.

Wekelijks is er voor elke groep een studiedag in het programma opgenomen. Deze dag wordt besteed aan het bijwerken van behandelingsplannen en het bespreken van motivatie-problemen, het bevorderen van de juiste 'operante' attitude, literatuur bestuderen, etc. Het is de bedoeling dat de B.E. (G.T.) over zoveel kennis van zaken beschikt dat zij/hij zelfstandig een ontwerp voor een behandelingsplan kan maken. Fulltime werken mee een student psychologie, een geschoolde kracht handenarbeid en een psycholoog die belast is met de leiding van de afdeling. Regelmatig werken 1 à 2 studenten van de Universiteit van Utrecht gedurende een aantal maanden als stagiaire mee.

Het T.E. programma wil bij alle patiënten stimuleren:

- a zelfverzorgingsgedrag;
 - b deelname aan huishoudelijke activiteiten;
 - c deelname aan arbeidstherapie (in de vorm van 'kunstnijverheids-producten');
 - d deelname aan programma's voor algemene ontwikkeling (*problem solving behavior*, oriëntatie hier en nu), waaronder ook programma's ter stimulering van sociaal contact begrepen zijn;
- daarnaast functioneert voor elke patiënt afzonderlijk een programma dat vooral gericht is op de eliminatie respectievelijk de vervanging van gestoord gedrag vallend buiten de zoëven genoemde gebieden, b.v. te veel eten, 'huilen', mutisme, wartaal spreken, verzamelen, extreme traagheid, etc.

Op verschillende manieren wordt geprobeerd de patiënten zo goed mogelijk en voortdurend duidelijk te maken welk gedrag verlangd wordt en wat de beloning er voor is in tokens (instructie).

Voor gewenst gedrag worden de patiënten beloond met tokens.

De tokens zijn inwisselbaar voor dingen die a) in principe voor iedereen beschikbaar zijn (of waarvoor iedereen moet betalen) zoals artike-

len uit de winkel en b) voor dingen die *niet* voor iedereen beschikbaar zijn (of waarvoor niet iedereen hoeft te betalen), zoals uitgaan. NEVENZEEL wijst er nog op dat het 'vooral belangrijk is, dat er afspraken tot stand komen over wat van de bewoners verwacht wordt en wat niet. Het wordt ze op allerlei manieren uitgelegd, duidelijk gemaakt, enz., ze worden eraan herinnerd en het wordt inderdaad beloond als het zich voordoet'.

Voor de beoordeling van resultaten zijn er dus drie factoren van betekenis:

- instructie;
- feitelijk gedrag;
- beloning.

Men kan van compleet resultaat spreken wanneer het verlangde gedrag zonder verdere instructie in stand blijft, ook als het niet meer met tokens wordt beloond.

De tijd laat het ingaan op de vele technische problemen niet toe. Een enkel woord over het controversiële punt van de begrenzingen van de methode.

Stampfl, maar ook Nevenzeel zien het bezwaar dat de sterke beïnvloeding door de leef-omgeving de afhankelijkheid van de patiënt doet toenemen, terwijl bij afnemende beïnvloeding de verworven gedragsverruiming weer teloor dreigt te gaan. Een oplossing voor dit probleem kan gezocht worden in een poging het verworvene in stand te houden door langzamerhand de contingente interventie te vervangen door andere sociale vormen van bekrachtiging die in het dagelijks leven voorkomen.

Stampfl schrijft dat er vele patiënten populaties zijn (w.o. chronische schizofrenen) die zeer resistent zijn tegen deze andere vormen van bekrachtiging.

KANFER en PHILLIPS zijn daarentegen van mening dat 'als het systeem wordt gebruikt als middel, niet als doel, op bevredigende wijze kan worden gerekend met het uiteindelijke doel'. (n.l. het brengen van het gedrag onder de invloed van gewone sociale bekrachtiging).

Want: de meeste tokensystemen zorgen ervoor dat elk token gepaard gaat met sociale bekrachtiging en voor een geleidelijk 'spenen' van tokens. Wij zien het probleem wel zwaarder in, doch hoe dat zij, zeker is dat de hierbedoelde overgang belangrijk is in verband met ontslag waarbij ook de wenselijkheid van semimurale nabehandelingen-instituten naar voren komt.

ad b — van het samenbrengen van groepen patiënten ter behandeling gedurende een deel van de tijd noem ik twee voorbeelden:

(1) KEMPERS (Brinkgreven) formeerde drie groepen gehospitaliseerde patiënten die als deel van de arbeidstherapie een T.E. programma kregen gericht op vermeerdering van sociale interactie en werk-prestatie. De drie groepen werkten in een separate ruimte van de arbeids-

therapie. In de eerste groep werden de patiënten uitsluitend individueel beloond op basis van tweemaal daags gemeten prestatie; in de tweede groep werden patiënten zowel individueel als gezamenlijk beloond;

de derde groep werd uitsluitend als groep beloond.

In de laatste groep ging — overeenkomstig de tevoren gestelde verwachting — de interactie het meest vooruit.

De werkprestatie ging in alle groepen vooruit.

(2) O.l.v. GOLDSTEIN en GOEDHART werd (in Den Dolder) een aantal groepen van plm. zeven gehospitaliseerde patiënten gevormd met het doel vaardigheid in het omgaan met anderen te bevorderen. De behandeling werd drie keer per week een morgen gegeven en duurde zes weken.

Door modellen werden sociale situaties en ook wel emoties uitgebeeld in toenemende graad van moeilijkheid.

Zo bestond de eerste graad uit het zich aan elkaar voorstellen, iemand gelukwensen resp. gelukwens in ontvangst nemen. De volgende graad een cadeau gaan kopen, iets aan iemand vragen e.d. Het einddoel was een gesprek met elkaar waarin ook emoties over en weer tot uitdrukking gebracht worden.

Wekelijks werd één graad van moeilijkheid drie ochtenden bewerkt. Nadat de verschillende situaties waren gespeeld door de modellen werden ze in de groep besproken en na- of overgespeeld waarbij ook patiënten als modellen optraden. Bij evaluatie bleek helaas dat de onderlinge verschillen tussen de patiënten zoveel spreiding veroorzaakten, dat wel een trend tot verbetering maar geen statistisch significante verschillen met een controlegroep konden worden aangetoond. De verplegenden vonden dat de patiënten merkbaar vooruit gegaan waren. De patiënten zelf beleefden er plezier aan en de meesten vonden het jammer toen de z.g. cursus was afgelopen.

Terzijde zij opgemerkt dat een analoog programma waarin een ruimere, echter niet in moeilijkheid stijgende variatie van situaties aan groepen verpleegkundigen (leerlingen en gediplomeerden) werd aangeboden. Ook hier is de positieve trend duidelijk, de evaluatie kon nog niet gecompleteerd worden.

ad c — Toepassing van gedragstherapie in een niet specifiek gedrags-therapeutisch gerichte afdeling vereist in veel gevallen hergroepering en vooral ook aanvulling van gegevens over het gedrag van patiënt en diens omgeving.

Kanfer en Saslow geven richtlijnen voor een functionele of gedrags-analytische diagnostiek.

1 Gedetailleerde beschrijving van die bijzondere gedragingen die het zij in overmaat het zij onvoldoende voorkomen evenals een beschrijving van behavioral assets die in een behandeling te baat genomen kunnen worden.

2 Verheldering van de probleemsituatie waarin de variabelen die het lopende gedrag van patiënt in stand houden, worden gezocht.

3 Analyse van de motieven waarin gezocht wordt naar verschillende positieve en aversieve condities die als dominante motiveringen optreden bij de patiënt.

4 Een analyse van de ontwikkeling waar biologische, sociale en gedragsveranderingen in het leven van patiënt worden bekeken die van belang kunnen zijn voor de huidige toestand en het behandelingsprogramma.

Een analyse van de mate waarin de patiënt zichzelf in de hand heeft waarmee gepaard een schatting van de mate waarin de patiënt aan een behandelingsprogramma kan deelnemen en van de condities die noodzakelijk kunnen zijn om gedragingen met schadelijke sociale consequenties onder controle te houden.

6 Een analyse van sociale relaties om te zien welke sociale hulpbronnen in het milieu van de patiënt diens gedrag beïnvloeden en een rol kunnen spelen bij de behandeling.

7 Een analyse van het sociaal-culturele en ook fysische milieu om de overeenstemming te schatten tussen milieu en gedragsmogelijkheden, en ook de soort therapeutische doelstellingen die mogelijk zijn.

Voor de praktijk betekent zulks dat goede functionele analyse met name zeer hoge eisen stelt aan de verpleegkundige observatie en aan wat JACOBS noemt het ingebouwd maatschappelijk werk. Maar bovendien stelt gedragstherapeutische benadering hoge eisen aan het behandelings-team als zodanig.

Bij een vorige gelegenheid heb ik er al op gewezen dat de klinische praktijk steeds weer beslissingsproblemen oproept op de weg van predictie van resultaten naar de beoordeling daarvan, naar de volgende predictie enzovoort.

De sterk empirische op specifieke gedragspatronen gerichte benadering onderstreept nog de voortdurende toetsing van het bereikte aan de verwachtingen.

Dat betekent dat voortdurend gedragsobservaties, waaronder ook de verbalisaties van de patiënt, verricht onder verschillende condities (tijdens gedragstherapie, op de afdeling, in de arbeidstherapie, tijdens het weekend thuis) uitgewisseld moeten worden, maar dat niet alleen: op grond van deze observaties dient het behandelingsprogramma zonodig telkens weer gezamenlijk te worden bijgesteld.

Gezamenlijk, niet alleen omdat observatie gericht moet zijn, maar ook en vooral omdat de benadering door de verschillende medewerkers, die met de patiënten omgaan op relevante punten zo consistent mogelijk moet zijn, d.w.z. dat daarover onderlinge afspraken moeten worden gemaakt, die voor alle medewerkers tenminste zowel inzichtelijk als acceptabel zijn.

Misschien kan een kort fragment uit de ziektegeschiedenis van een

39-jarige patiënte, die begin van dit jaar werd opgenomen onder diagnose dwangneurose, dit illustreren.

De dwangverschijnselen waren in 1970 begonnen, de verdere anamnese leverde geen saillante punten op; misschien is een verhuizing die overigens ongeveer acht jaar geleden plaatsvond, nog een probleem voor patiënte.

Na opneming werd ook psychologisch onderzoek verricht op de hier gebruikelijke wijze, n.l. longitudinaal, zodat inzicht verkregen wordt in het gehele procesverloop gedurende de klinische behandeling.

In het gedrag was opvallend:

- 1 de dwanghandelingen op huishoudelijk gebied, waaraan een faalangst ten grondslag ligt;
- 2 apathie en depressieve grondstemming;
- 3 starheid en onmacht eigen gevoelens mee te delen;
- 4 het onvermogen om bij de verplegenden, de therapeut en de groepsleidster andere positieve gevoelens op te wekken dan 'ze is zo zielig,' enz.; R ----- S+ ----- S-

5 wat betreft de functie van het dwanggedrag bleek het volgende: patiënte is grootgebracht in het besef, dat het belangrijkste in het leven ligt in de perfecte uitvoering van een taak, werkprestatie, werd bekrachtigd. Voor het werk, dat ze voor opneming deed (het huishouden), terwijl de kinderen van 12 en 10 jaar een groot deel van de tijd op school zijn, kreeg ze eigenlijk nooit een bekrachtigend compliment: het is immers normaal, dat een huishouden loopt.

Toen patiënte echter klachten ging vertonen en ook om hulp vroeg, bood de echtgenoot (en later mogelijk ook de therapeuten) de gewenste aandacht, zonder te beseffen, dat deze aandacht het dwanggedrag wellicht bevestigde. Naarmate bovendien dwang, apathie en depressie leidden tot uitval van andere gedragsnormen, bleef er nauwelijks ander gedrag over, dat hoe ook bekrachtigd zou kunnen worden.

Na het psychologisch onderzoek werd besloten de therapie te richten op drie aspecten:

- 1 het *dwanggedrag* op zich zou door middel van instructie en controle door patiënte zelf en groepsleiders en verpleging teruggevoerd worden (response preventie); de programma's werden opgesteld door de psycholoog;
- 2 *alternatief gedrag* zou weer worden ontwikkeld en bekrachtigd;
 - piano spelen, bekrachtigd door groepsleiders,
 - sociaal relatiedrag, bekrachtigd door groepsleidster en verpleging;
 - verbaal introspectiedrag, bekrachtigd door psycholoog-therapeut;
- 3 in verband met de belangrijke bekrachtigingsmogelijkheid van de echtgenoot zou deze ten nauwste bij de therapie betrokken worden teneinde eigen inzicht van beiden in hun onderlinge bekrachtigings-

systemen te bevorderen en hun schrale relatie-gedrag (dat zo ingeperkt was tot haar 'ziek zijn') uit te breiden.

Er werd begonnen met de eerste twee aspecten. Na korte tijd trad er grote verbetering op. Zowel het dwangmatig herhalen als het controleren werden steeds minder.

Andere gedragsvormen als pianospelen, vertalen van Engelse artikelen, in groepsgesprek meedoen en introspectief reflecteren namen toe. Na ieder weekend thuis echter was er sprake van een terugval en een depressieve stemming. Het bleek, dat tijdens de weekends de echtgenoot het dwanggedrag sterk, en ander gedrag niet met zijn aandacht bekrachtigde.

Korte tijd nadien werd besloten de echtpaartherapie te beginnen. We zitten nu in het stadium, dat

- 1 een uitvoerig functioneel analytisch verslag over de weekends door beide partners wordt gegeven;
- 2 er een begin wordt gemaakt met het minder benadrukken van huis-houdelijke activiteiten, d.w.z. dat hij haar niet meer helpt bij alles; verder wordt er een begin gemaakt met het versterken van ander sociaal, seksueel en gezelligheidsgedrag.

Patiënte is nu overgeplaatst naar de speciale gedragstherapie-afdeling, teneinde het eerstgenoemde aspect, het dwanggedrag en de daarop gerichte response preventie en niet-bekrachtiging consequenter te kunnen uitvoeren. De echtpaartherapie wordt uiteraard voortgezet.

GEDRAGSTHERAPIE EN FARMACOTHERAPIE

Het is de moeite waard het punt gedragstherapie en farmacotherapie apart aan te stippen.

a — het historisch gegeven dat de gedragstherapie vrijwel geheel door de psychologische, de farmaco-therapie daarentegen vrijwel geheel door de medische discipline werd ontwikkeld brengt met zich mee dat deze beide therapievormen door velen als volstrekt verschillend zo niet als tegengestelden worden ervaren.

Daarom willen wij overeenkomsten en verschillen tussen gedragstherapeutisch en farmacotherapeutisch denken wat nader bezien. Vergelijken wij daartoe de volgende uitspraken: FREYHAN pleit ervoor symptoomkenmerken te stellen in de plaats van ziekte-georiënteerde indicaties omdat, zegt hij, 'niet wat wij als ziekten begrijpen, maar symptomen als manifestaties van bepaalde dysfuncties het doelwit vormen voor farmacologische behandeling'.

KANFER en PHILLIPS schrijven dat de gedragstherapeutische strategie resulteert in een aanval op specifieke deviante responsen of *symptomen*, niet op de daaronder liggende ziekteprocessen die worden verondersteld symptomatisch gedrag te veroorzaken.

In dit verband is ook de volgende opmerking van FREYHAN belangrijk:

'alleen door zich vast te leggen op concrete predicties kan hij' (n.l. de psychiater) 'zichzelf en zijn gedraswetenschappelijke confrères in staat stellen de validiteit van de hypothesen die aan de behandeling ten grondslag liggen, te onderzoeken'.

Er zijn verschillen te bespeuren: voor FREYHAN zijn symptomen manifestaties van dysfuncties overeenkomstig een *niet-nosologisch* medisch model. In de formulering van KANFER en PHILLIPS worden 'daaronder liggende ziekteprocessen' zoal niet van de hand gewezen dan toch tenminste irrelevant gesteld overeenkomstig een gedragsmodel.

Daarnaast blijft het verschil bestaan dat farmacotherapeutisch ingrijpen het gedrag wil beïnvloeden door de biologische condities *in* het organisme te wijzigen, terwijl gedragstherapeutisch handelen het functioneren als zodanig wil beïnvloeden.

Maar belangrijker voor de praktische therapie-indicatie is de overeenkomstige teneur in de opmerkingen van Freyhan enerzijds, Kanfer en Phillips anderzijds.

De overeenkomst begrijp ik als volgt: de betekenis van nosologische begrippen wordt ontkend (evenals trouwens een 'totale visie op de patiënt'), daarentegen vormen concrete specifieke gedragsdescriptie en predictie de grondslag voor de therapieën.

Voor de praktijk van de therapie-indicatie betekent zulks dat eenzelfde empirische benaderingswijze (feiten verzamelen, hypothesevorming predictie) aan beide soorten therapie ten grondslag ligt en een integratie van deze therapeutische benaderingen in de therapie-indicatie mogelijk en wenselijk maakt.

b — BANDURA en WOLPE beschrijven dan ook het gebruik van farmaca bij gedragstherapie (Wolpe onderscheidt symptomatisch gebruik, gebruik als adjuvans en het gebruik voor specifieke deconditionering). Het meeste wordt geschreven over het gebruik van anxiolytica bij therapieën die reductie van angst beogen b.v. bij fobieën. Interessant is in dit verband het gebruik van antidepressiva om een behandeling op gang te krijgen die berust op operante conditionering. Wij zagen immers dat bij dit type response eerst spontaan gegeven moet worden vóórdat bekrachtiging mogelijk is. Daaruit volgt dat het bij de zeer geremde patiënt wel haast onmogelijk is een opening te vinden.

De anti-inhibitorische werking van een antidepressivum schept de mogelijkheid voor de patiënt om handelingen te stellen die dan weer bekrachtigd kunnen worden.

c — De vraag of farmaca een gedragstherapie ongunstig kunnen beïnvloeden, is niet eenduidig te beantwoorden. BANDURA wijst op de mogelijkheid dat farmaca, speciaal in hoge dosering tijdelijk de leerfunctie zouden kunnen belemmeren. Hij wijst verder op het probleem van de transfer van aan- (of af-) geleerd gedrag van de toestand met- naar de toestand zonder medicatie; dit probleem kan echter door geleidelijk onttrekken van de medicatie vermeden worden.

WOLPE daarentegen die een heel hoofdstuk wijdt aan farmaca in de gedragstherapie laat geen waarschuwingen horen.

SLOTBESCHOUWING

LAZARUS schrijft in zijn laatste boek (1971) 'Behavior therapy has at last achieved 'front-page glamour' and has been labeled 'revolutionary' in several national newspapers and international periodicals. This is unfortunate. The methods of behavior therapy are extremely effective when applied to carefully selected cases by informed practitioners'.

RAMSAY heeft onlangs gezegd: 'there has been over past few years a spate of articles painting out that behavior therapy and conventional psychotherapy are not necessarily opposed, that there are many common elements and that in many cases conventional psychotherapy has a place in behavior therapy treatment and vice versa' (p. 20).

Ditzelfde standpunt heb ik ingenomen door gedragstherapie een belangrijke verrijking te noemen. Introductie en toepassing noemde ik een complexe zaak omdat in de gedragstherapie zo sterk de nadruk wordt gelegd op de lopende actuele interactie tussen patiënt en omgeving; voor ons betekent dat met name ook met de klinische omgeving. In dit perspectief worden *alle* medewerkers 'practitioners', wat in dit verband wel vertaald mag worden als co-therapeuten.

Het proces waarbij wij een groeiend aantal co-therapeuten in het behandelingsteam zien komen is al enige tijd aan de gang. Met name ook de verpleegkundigen zijn in dit proces betrokken, eigenlijk ook al sinds decennia. Maar doordat het werk van Van der Scheer en anderen sterk in de sfeer van arbeids- en andere meer gespecialiseerde therapievormen is getrokken, heeft b.v. de verpleegkundige arbeidstherapeut meer de status van co-therapeut gekregen dan de verpleegkundige in de z.g. verpleeg-afdeling.

Integratie van gedragstherapie in de niet als zodanig ingerichte afdeling stelt duidelijker *alle* verpleegkundigen in de rol van co-therapeuten. Deze moeten 'informed practitioners' zijn maar bovendien de sociale vaardigheden aanleren om hun informatie om te zetten in praktisch handelen binnen het kader van één in zijn achtereenvolgende fasen zo duidelijk en gedetailleerd mogelijk omschreven behandelingsplan.

SUMMARY

After a short explanation of some key concepts in behavior therapy the author describes three ways of introducing behavior therapy in a psychiatric hospital:

- a) to set up separate behavior therapy departments in which one of several techniques are used-*
- b) to bring patients together in groups for part time behavior therapy.*
- c) to integrate behavior therapy programs into departments, that are not specifically oriented towards behavior therapy.*

a) is illustrated by a short description of the token-economy department of the

hospital;

b) is illustrated by an example;

c) is the most difficult procedure because it requires both detailed behavioral diagnosis and accurate cooperation of all staff members who interact with the patient. Part of a case history serves as illustration.

The author further points out that behavior therapy and drug treatment are far from antagonistic. On the contrary: both tend towards modification of concrete behavior patterns i.e. both are behavior-oriented rather than disease oriented.

The author concludes that behavior therapy is a very important therapeutic asset; introduction into the mental hospital is a complex and difficult task however because the application of behavior therapy requires a high level of information and competence of all staff members.

LITERATUUR

- Ayllon T. en N. Azrin *The Token Economy*
Appleton Century Crofts Division of Meredith Corp.
New York, 1968.
- Bandura, A. *Principles of Behavior Modification*
Holt, Rinehart and Winston.
London, etc. 1969.
- Ferster, C. B. and
M. C. Perrot *Behavioral Principles*
New Century Educational Division Meredith Corp.
New York, 1968.
- Franks, C. M. 'Behavior Therapy and its Pavlovian Origins.'
In:
Franks, C. M.: *Behavior Therapy Appraisal and Status*.
Mc. Graw-Hill
New York, etc. 1969.
- Freyhan, F. A. 'Psychopathological issues in judging outcome of
psychiatric treatment.'
In:
Hoch, P. H. and J. Zubin (Eds) *The evaluation of
Psychiatric Treatment*.
Mc. Graw-Hill
New York/London 1964.
- Goldstein en Goedhart
Jacobs, D. Persoonlijke mededeling
Het Psychiatrisch Centrum
Uitgevers Mij. De Tijdstroom
Lochem, 1968.
- Kanfer, F. H. and
J. S. Phillips *Learning Foundations of Behavior Therapy*.
John Wiley & Sons
New York, etc. 1970.
- Kanfer, F. M. en
G. Saslow 'Behavioral Diagnosis.'
In:
Franks, C. M.: *Behavior Therapy Appraisal and Status*.
Mc. Graw Hill
New York, etc. 1969.
- Kempers, B. J.
Lazarus, A. A. Persoonlijke mededeling
Behavior Therapy and beyond
Mc. Graw-Hill Book Comp.
New York, etc. 1971.

- Meyer, V. en
E. S. Chesser
Behavioral Therapy in clinical psychiatry
Penguin Books
Hammondsworth 1970.
- Moor, W. de en
J. W. G. Orlemans
Inleiding tot de gedragstherapie
van Loghum Slaterus
Deventer, 1971.
- Nevenzeel, G.
Congres Europese Vereniging voor Gedragstherapie
München - juli 1971.
- Parreren, C. F. van
Psychologie van het leren
Psychologische Monografieën
W. de Haan, Zeist.
van Loghum Slaterus, Arnhem 1960.
- Ramsay, R. W.
The role of behavior therapy in psychotherapy. Rede.
van Gorcum & Comp.
Assen, 1971.
- Scheer, W. M. van der
*Nieuwere inzichten in de behandeling van geestes-
zieken.*
Wolters
Groningen, Den Haag, Batavia, 1933.
- Stampfl, Thomas G.
'Comment to: Leonard Krasner: Token Economy as
an illustration of operant conditioning procedures
with the aged, with youth and with society.'
In:
Levis, D. J. (ed): *Learning Approaches to Therapeutic
Behavior Change.*
Aldine Publishing Company
Chicago, 1970.
- Wolpe, J.
The practice of Behavior Therapy
The Pergamon General Psychology Series.
Pergamon Press
New York, etc. 1969.