

# Gedragstherapeutische behandeling in een groep

door Drs. C. J. A. Roosen\*

Afgemeten aan de hoeveelheid literatuur erover komt de combinatie van twee min of meer onafhankelijk ontwikkelde therapievormen — t.w. groepspsychotherapie en gedragstherapie — steeds meer in de belangstelling te staan. Elders in dit tijdschrift vindt U daar een overzicht van (van Son). Bij een dergelijke combinatie van therapieën dringen zich twee vragen op. Op de eerste plaats: zijn beide vormen principieel niet zó verschillend dat ze niet te combineren zijn? En op de tweede plaats: zo er een combinatie mogelijk is, wat is dan de meest werkzame vorm? De eerste vraag meende ik twee jaar geleden positief te moeten beantwoorden: het hier volgend artikel gaat bijgevolg over de tweede vraag, uitgaande van mijn ervaringen. Voor dit aan de orde komt, lijkt het zinnig even stil te staan bij de eerste vraag. De eerste vraag — of de principes van gedrags- en groepspsychotherapie niet te strijdig zijn voor een combinatie — wordt het duidelijkst gesteld door Brinkman (1974). Hij zet de essentiële zaken van beide therapievormen naast elkaar om vervolgens tot kombinatiemogelijkheden te komen. Tot de essenties van de gedragstherapie hoort het uitgangspunt dat men zich met problematisch gedrag bezighoudt (en noch met cognities, noch met gevoelens): de therapeut richt zich op concrete zaken die door patiënt als problematisch ervaren worden. Hiervan maakt hij een analyse om vervolgens samen met patiënt tot een behandelingsstrategie te komen. Een dergelijke concreet gerichte behandeling is in tegenspraak met wat in de groepspsychotherapie gangbaar is: zonder dat de therapeut zich er al te directief mee bemoeit lossen de patiënten hun emotionele problemen op via de processen die binnen de groep verlopen. Als werkzame elementen kunnen dan genoemd worden: ontdekking dat men niet de enige is, steunfuncties t.a.v. elkaar, modelfunctie, 'het dwingend oog van de groep'. De combinatie-oplossingen die men dan in de — voornamelijk angelsaksische — literatuur kan tegenkomen dragen vaak óf een uitsluitend gedragstherapeutisch óf een uitsluitend groepspsychotherapeutisch stempel. Het is vaak óf een

\* Psycholoog, werkzaam als psychotherapeut aan het psychotherapeutisch centrum 'De Viersprong' (geneesheer-direkteur: Dr. P. J. Jongerius).

gedragstherapie van meer mensen tegelijk óf toepassing van leerpsychologische verworvenheden in een therapiegroep. Aan een werkelijke integratie met behoud van zoveel mogelijk positieve kanten van beide therapievormen is relatief weinig aandacht besteed.

Over de eerstgenoemde categorie — gedragstherapie van meer mensen tegelijk — is de literatuur het meest uitgebreid. Het komt er op neer dat men standaard problemen te lijf gaat met standaardprogramma's: een systematische desensitisatie voor examenvrees kan gemakkelijk genoeg aan meer mensen tegelijk aangeboden worden. Om aan een groep mensen met hetzelfde konkrete problemen te komen wordt er vaak gewerkt met problemen waarvoor men zich doorgaans niet zou laten behandelen. Zo is er over angst voor slangen (Suinn en Hall, 1970) en spinnen meer bekend dan over agorafobie, wat toch een ongemak is waaraan veel mensen lijden. Voorts is de werving van patiënten vaak andersom: men zoekt geen behandeling voor een bepaald probleem. Integendeel, men heeft een bepaald therapieprogramma en zet vervolgens een advertentie om mensen te krijgen die zich voor dat probleem willen laten behandelen. Op een dergelijke manier zijn er veel onderzoeken tot stand gekomen over mensen met examenvrees (Donner en Guerny, 1969; Allen, 1973; Dowley en Wenrich, 1973). Aan deze dingen kan men zien dat het hier de laboratoriumgeboorte van een psychotherapeutische techniek betreft. De resultaten van deze experimenten zijn vaak interessant omdat ze de werkzaamheid van kleine variabelen in het therapeutisch proces onderzoeken. Een van die gegevens wil ik graag noemen. Donner (1970) paste een desensitisatieprogramma toe op twee groepen van studenten met examenvrees. De programma's waren volautomatisch en op tape vastgelegd. Bij de ene groep was de therapeut aanwezig, bij de andere niet. De eerste groep verbeterde tot op een nagenoeg significant niveau meer dan de tweede.

Binnen de tweede categorie — toepassing van leerpsychologische verworvenheden in een therapeutische groep — is Liberman (1971) de meest prominente onderzoeker. Zijn manipulaties met verbale konditionering in een groep zijn ondertussen wel algemeen bekend. Het bleek hem mogelijk om de groepscohesie toe te laten nemen door gedragingen die daarmee te maken hadden systematisch te belonen. Ook agressie uitte t.o.v. de therapeut bleek manipuleerbaar. Hauserman e.a. (1972) beloonden het beginnen na een stilte in een psychotherapeutische groep: ook dit bleek aantoonbaar effect te hebben. Uit dit soort onderzoeken blijkt het effect van leerpsychologische wetten als ze toegepast worden op therapeutische groepen. Maar bij deze groepen staat de groepspsychotherapie centraal en wat er aan gedragsmodifikatie bijkomt zijn 'trucs'. Afgezien van bezwaren die hieraan toch kunnen kleven (Brinkman, 1974), is er weinig sprake van een integratie van beide therapievormen.

Met bovenvermelde tweedeling wordt geen volledigheid beoogd. Integendeel, er worden slechts de twee meest uit elkaar liggende oplossingen voor het onderhavige probleem — de combinatie van gedrags- en groepstherapie — belicht. De literatuur voorziet verder nog in tussenoplossingen in allerlei gradaties. Waar het ons om gaat is dat in deze extreme oplossingen niet zozeer getracht is om de meest werkzame tussenvorm te vinden met de voordelen van beide en zo weinig mogelijk nadelen. Zo is het jammer dat de hele groepsdynamiek wegvalt wanneer de nadruk tezeer aan de gedragstherapeutische kant komt te liggen: als men via een bandrecorder een klas desensitiseert voor examenvrees dan maakt men geen gebruik van de groepsdynamiek. Van de andere kant moet het mogelijk zijn om bepaalde gedragstherapieën in een groep te doen zonder dat het wezen ervan zó aangetaast wordt dat het onherkenbaar is. Een poging om wel te komen tot zo'n werkzame combinatie werd ondernomen door Lawrence en Sundel (1972). Na een individuele intake, waarin probleem en behandelingsdoel van klient omschreven werden en de regels van de groep aan de orde kwamen, werden in de groep vervolgens de meting van het gedrag en de behandelingsstrategie besproken. Kortom, wat gewoonlijk in een individuele therapie gebeurt, komt hier in de groep aan de orde, waarbij zij aangetekend dat niet alleen de therapeut, maar vooral de groep zich bemoeide met elkaars strategieën. De wijze waarop Lawrence en Sundel (1972) geprobeerd hebben om te komen tot een combinatie, komt aardig overeen met wat nagestreefd wordt in de gedragstherapeutische groep waarvan nu een verslag volgt.

Vooraf nog enkele overwegingen die meegespeeld hebben om met een dergelijke — thematische — groep te beginnen. De eerst gehoorde reden is dat het een meer productief gebruik van de tijd oplevert. De tweede reden — therapeutisch meer relevant — is dat men gebruik kan maken van groepsprocessen om behavioristisch geformuleerde doeleinden te verwezenlijken. De derde overweging is de verwachting dat de patiënten minder afhankelijk zouden worden van de groep, dan van een individueel therapeut. We zullen zien welke van deze redenen geldig is.

### **Gegevens over de groep**

De groep is opgezet als een thematische groep met als thema: fobische klachten. Op de polikliniek van 'De Viersprong' werden patiënten met fobische klachten voor wie een groepsbehandeling geïndiceerd was na een of meer intakegesprekken voor deze groep geselecteerd. Er is gekozen voor een gelijksoortigheid van problemen (t.w. fobische klachten) omdat er rendement te verwachten is van het herkennen van elkaars problemen. Overigens bestaat de gelijkheid alleen uit de fobie: binnen de groep is een representatieve kollektie fobische klachten bijeen gebracht. Op de geldigheid van deze overweging komen we later terug.

Verdere afspraken en vormgevingen zijn:

- De groep bestaat zo mogelijk 4 mannen, 4 vrouwen, een therapeut en een cotherapeut (in werkelijkheid eerst 6 later 8 patiënten). Het is een open groep: zo gauw een patiënt eruit gaat komt er een ander voor in de plaats. Dit heeft het voordeel dat er een therapeutisch cultuur overgedragen kan worden.
- Men komt wekelijks voor 1½ uur bij elkaar. Men moet het overigens niet alleen van deze zittingen hebben: een belangrijk deel van de tijd wordt gekonsumeerd door het doornemen van iedere programma dat op basis van 'self-management' gehanteerd wordt. Dit huiswerk, waarvan ieder in zijn agenda een verslag bijhoudt, neemt een belangrijke plaats in. Deze hiërarchie wordt binnen de groep ontwikkeld en kan allerlei vormen aannemen naargelang de problematiek: een desensitisatie (meestal in vivo), een assertivensstraining e.d.
- Om de vier à vijf weken wordt een groepszitting in vivo doorgebracht. In groepjes van 2 à 3 personen gaat men dingen ondernemen, die men alleen nog net niet durft. Het laatste half uur wordt dan besteed aan een nabespreking.
- Eens in de drie maanden wordt een zitting aan evaluatie besteed. Ieder kijkt wat er de afgelopen tijd gebeurd is en wat er de komende tijd in het centrum van de aandacht staat. De anderen horen het en voorzien het van commentaar, geven wenken etc.
- Een training in ontspanning — methode Jacobson — wordt zó gedaan dat iedereen het leert: wanneer er nieuwe patiënten zijn begint de zitting een tijd lang met een kollektieve ontspanningsoefening.
- Als men tweemaal achter elkaar zonder afzegging afwezig is, verspeelt men zijn plaats in de groep. Als men wel een reden heeft gehad, komt men er de volgende groepszitting zo nodig op terug.

Ter illustratie van de gebruikelijke gang van zaken in de groep een korte schets van een doorsnee kennismaking en wat daarna komt. Als er een nieuwe patiënt is wacht men één zitting af of deze zelf zijn problemen vertelt: de tweede zitting wordt ernaar gevraagd. Op het probleem wordt gereageerd met 'herkenningsgedrag': d.w.z. men herkent de fobische problematiek en stelt daar de eigen fobie tegenover. Er wordt zeer nauwkeurig nagegaan hoe de klachten hetzelfde en hoe ze toch weer anders zijn. Dit is het societeitsaspect van de groep: later komen we hier nog op terug. Na deze kennismakingsceremonie wordt een beginsituatie verzonnen, waaraan de patiënt thuis kan werken. Na een aantal zittingen wordt dit uitgebouwd tot een programma met perspectief. Zo liet men bijvoorbeeld een landarbeider met een ernstige vorm van 'social phobia' de eerste zitting met rust. De tweede zitting volgde uitnodiging om zijn probleem te vertellen en de derde zitting werd cafébezoek zonder alcoholgebruik voor-

gesteld. Later werd dit uitgebouwd tot een volwaardige hiërarchie. Er is bij patiënten weerstand om voor het eerst iets concreets m.b.t. de fobie te doen; er is ook weerstand om systematisch iets te doen. Men komt — zeker in het begin — met het idee, dat er over de problemen gepraat gaat worden. Men verwacht niet, dat men de dingen moet gaan doen, waarvoor men juist bang is. Om dit te benadrukken is in de groep het gebruik van de agenda ingevoerd: ieder houdt voor zichzelf bij wat thuis gedaan is aan de eigen hiërarchie. Men rapporteert hierover aan de groep. Het neemt echter nogal wat tijd voordat men deze hiërarchie en het bijhouden ervan tot een eigen zaak heeft gemaakt. Het lijkt er vaak op, dat men eerst het effect afwacht en dan pas gemotiveerd is om het als iets eigens te beschouwen. Men wil ook vaak liever geen afspraken maken, zeker niet op langere termijn: men wil liever nu eens dit en dan weer dat doen. In zekere zin is dit een manier om de angst te ontlopen: men gaat een stuk wandelen als het mistig is, dan wordt men niet zo bang. In tegenstelling hiermee is wat via het afsprakensysteem gevraagd wordt: men weet al dagen van tevoren wat men gaat doen. Dan is patient in de situatie waarvoor hij een oplossing moet vinden: bang zijn voor een angstverwekkende situatie. Men zou kunnen zeggen, dat patient zo met open ogen zijn angst tegemoet gaat. In dit geval is het een situatie die men net aankan, zodat niet de verwachte angstaanval komt en dit bevordert de extinctie van de angstimpulsen.

Er is (nog) geen uitgebreid resultaten-onderzoek gedaan; voornemens hiertoe bestaan wel. Om toch een idee van de effecten te krijgen, zijn de vertrokken en nog aanwezige patienten eens op een rij gezet met enkele gegevens erbij: zie tabel I.

Het proces dat patient doormaakt in de groep is in drie fasen in te delen. De eerste fase wordt afgesloten met de ervaring dat men onder de regie van de angst uit kan komen. Het is een soort 'Aha-Erlebnis' als men merkt, dat men niet flauwvalt in de winkel. De tweede fase gaat op aan het afwerken van een hiërarchie, wat overigens nooit vlekkeloos gebeurt. Bij iedereen komt het wel voor, dat men te hoog gegrepen heeft en weer in de trillen en transpireren vervalt. De derde fase gaat voornamelijk over het besluit om het alleen aan te durven: 'Alles is nog wel niet verdwenen, maar dat komt wel', is een graag gehoorde afscheidsgroet. Parallel aan deze drie fasen zijn de patienten ook in drie categorieën in te delen. Op de eerste plaats zijn er de symptoomgenezingen: na de 'Aha-Erlebnis' verdwijnt de hele fobie vrij snel om plaats te maken voor ernstiger problematiek (of niets natuurlijk). Zo bleek één patient hulp nodig te hebben voor huwelijksproblemen; een andere werd verwezen voor een klinische psychotherapie. Op de tweede plaats komen de patienten, die het gevecht met de angst te boven komen en een tijdje later besluiten, dat ze het wel alleen aan kunnen. Hekke-

sluiters zijn dan degenen, die niet, of zeer moeilijk tot dit besluit komen.

Tabel I

foobie	man/ vrouw	leeftijd	duur v. deelname (in maanden)	effekt (+ + / - -)
straat/menigten	M	34	6	+ +
mensen	M	32	12	+ +
mensen/bloosangst	M	31	15	+
bloed/tandarts	M	30	12	+ +
mensen	M	35	4	-
liften	M	28	4	+ +
harde geluiden/ mannen	Vr	26	6	0
straat/mensen	M	44	24	0
van huis gaan	M	34	12	+
winkels/auto	Vr	43	12	+
mensen/bloosangst	Vr	40	6	0
mensen	Vr	44	6	+
mensen	M	31	3	0
mensen/bloosangst	M	27	5	+
autorijden/flauw vallen	Vr	27	3	+

N.B. boven de stippellijn staan de vertrokken patienten; eronder de huidige groep.

### Nakaarten

Het lijkt aardig om nu na te gaan of de redenen, waarom met deze groep begonnen werd, aan geldigheid hebben ingeboet. Op de eerste plaats is er de tijdwinst die steeds genoemd wordt: de patienten, die al afscheid genomen hebben, hebben gemiddeld 10 uren van de therapeut en de co-therapeut gevraagd. Ervaring heeft geleerd, dat bij individuele therapiën meer tijd nodig is.

De tweede reden die genoemd werd, was: gebruik maken van groepsprocessen om gedragstherapeutische doeleinden te verwezenlijken. Dit aspect voegt een dimensie toe aan wat er in een individuele gedragstherapie kan gebeuren: de herkenning van gelijk te zijn, nl. weerloos te zijn tegen de angst, is een belangrijk gebeuren. De therapeut is hiervoor een ongeschikt persoon ('die maakt niet door wat wij doormaken'). Eerder al is dit aspect het societeitsaspect van de groep genoemd: men heeft dit kennelijk nodig.

De oprichting van een vereniging is wellicht uit dezelfde behoefte voortgekomen. Dit societeitsaspect heeft voor de patient ook minder positieve kanten: het wordt moeilijker om afscheid van de groep te nemen en men herkent elkaars smoezen beter. Als iemand blij vertelt zonder angst een café te hebben bezocht,

vraagt men eerst naar het alcoholpercentage, wel wetend, dat dit alle angst grijs maakt. Binnen de ervaring van de patienten wordt dit societeitsaspect steeds als eerste werkzame element genoemd. De derde reden was, dat de afhankelijkheid van de therapeut minder zou zijn. Dat is zo, maar daarvoor in de plaats komt de afhankelijkheid van de groep: men wil die niet graag missen. Antwoord geven op de vraag wat van de twee het ergste is, lijkt op een poging te kiezen tussen Scylla en Charybdis.

Indertijd is het een bewuste keuze geweest om fobieën van verschillende soort in dezelfde groep te plaatsen. De verwachting was dat men eerder zou toekomen aan het mechanisme van de angst en niet zou blijven steken bij het voorwerp ervan. Immers als agorafoben kennismaken vinden zij al genoeg herkenningpunten als het gesprek over de 'straat' gaat. Men hoeft dan niet verder. In het begin werd er ook ingedeeld naar de situaties waarin men bang was, pas later kwam men toe aan wat men wel gemeen had. Dit bleek te zijn het overgeleverd zijn aan het mechanisme van trillen, beven en zweten. In eerste instantie leek dat een nadeel bij de in vivo trainingen; men kan dan niet met de hele groep hetzelfde doen, omdat er altijd wel mensen bij zijn, voor wie een bepaalde situatie geen moeilijkheid betekent. Een drukke straat doorlopen heeft voor de helft van de mensen geen zin en daarom is de oplossing gezocht in opsplitsen van de groep in kleine groepjes, met als voordeel, dat de één model kan staan voor de ander. De één kan een stap in een assertivensstraining voordoen aan de ander, die het niet aandurft.

Het lijkt zinnig om na te denken over een indikatiestelling voor een dergelijke groep. In de eerste plaats is het nodig om een duidelijk omschreven fobische symptomatiek te hebben. Als tevoren al duidelijk is, dat de fobie een dekmantel is voor andere zaken, is het vaak een betere strategie om de dekmantel te negeren en op de andere problemen te gokken. Naar de andere kant toe lijkt een dergelijke groep niet meer geïndiceerd wanneer het gaat om een vrij geïsoleerde en nauwkeurig omschreven fobie, zoals een spinfobie. In een dergelijk geval werkt een individuele desensitisatie waarschijnlijk sneller.

Enkele opmerkingen over fobici in het algemeen. Ze zeggen te lijden aan de angst voor iets bepaalds: de straat, autorijden. Waar ze in feite het meest last van hebben, is het overgeleverd zijn aan de angst en daarmee aan de omgeving. Het is in wezen een afhankelijkheidsproblematiek. De grootste verwarring ontstaat als patient niet meer zelf de touwtjes in handen heeft. Zo is men overgeleverd aan de omgeving, als men flauw valt: dan weet iedereen dat men afhankelijk is. In het verbergen van deze angst gaat veel energie zitten; ook in het verbergen naar zichzelf toe. Het normale signaleringssysteem, dat in werking treedt bij angst wordt uitgeschakeld. Normale angstsignalen zoals hartkloppingen, trillen, zweten, worden uitgeschakeld totdat men er niet meer onder uit kan. Pas als men stijf staat als een plank, beeft en

trilt over alle leden of flauw valt, komt men in actie. De enige oplossing is vaak angstreductie: men gaat weg. De vermindering van angst die dan optreedt, zorgt ervoor, dat het organisme dit niet vergeet. In de beschreven groep wordt deze cyclus doorbroken op het punt van de afhankelijkheid: actie in de richting van de angstverwekkende situatie wordt bevorderd.

Tenslotte iets over de combinatie van deze twee uiteenliggende therapievormen. Het blijkt zeer wel mogelijk om te komen tot een werkzame vorm, waarbij niet één van de therapievormen als een bijkomstigheid geldt. Wel bestaat het gevaar, dat men druk doende is in de ene hoek om niet naar de andere te hoeven: druk doen over groepszaken ter vermindering van de hiërarchie bv. Er lijkt overigens een schommelbeweging te bestaan tussen de beide aspecten: soms lijkt de gedragstherapeutische kant voorop te staan, dan weer de groepstherapeutische. Als men zich blijft realiseren dat het éne een vlucht voor het andere kan zijn, hoeft dit geen gevaar te zijn.

### Samenvatting

In het voorgaande werd verslag gedaan van twee jaar ervaring met een poliklinische groep waarin fobische patienten volgens gedragstherapeutische principes werden behandeld. Hierbij is gezocht naar een vorm waarbij de voordelen van zowel de gedragstherapie als van de groepspsychotherapie worden uitgebuit. Er is een vorm ontstaan, waarmee goed te werken valt.

### Literatuur

- Allen, G. J., Treatment of test anxiety by groupadministered and self administered relaxation and study counseling. *Beh. Ther.*, 1973, 4, 349-360
- Brinkman, W., Groepstherapie en Gedragstherapie. *Doc. Bladen Groeps-Psychotherapie*, 1974, 8, C 90-96
- Donner, L., Automated groupdesensitisation. A follow-up report. *Beh. Res. and Ther.*, 1970, 8, 241-247
- Donner, L. and Guernsey, B. G., Automated groupdesensitisation for test anxiety. *Beh. Res. and Ther.*, 1969, 7, 1-13
- Dowley, H. H. and Wenrich, W. W., Group implosive therapy in the treatment of test anxiety: a brief report. *Beh. Ther.*, 1973, 4, 261-263
- Hauserman, N., Zwebach, S. and Plotkin, A., Use of concrete reinforcement to facilitate verbal initiations in adolescent group therapy. *J. clin. and consult. Psychol.*, 1972, 38, 90-97
- Lawrence, H. and Sundel, M., Behavior modification in adult groups. *Social Work*, 1972, 17, 34-43
- Lieberman, R. P., Behavioural Group Therapy: a controlled clinical study. *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 119, 535-544
- Suinn, R. N. and Hall, R., Marathon desensitisationgroups: a innovative technique. *Beh. Res. and Ther.*, 1970, 8, 97-98.