

H/60

INFORMATIE - BULLETIN

van de

VERENIGING
VOOR
GEDRAGSTHERAPIE

no. 1.

september 1966 - 1967



HET INFORMATIE-BULLETIN.

De opzet van het informatie-bulletin, dat ongeveer eens in de drie maanden zal verschijnen, is tweeledig.

Allereerst is het bedoeld als een mededelingenblad van de Vereniging voor Gedragstherapie, waarin de activiteiten van deze vereniging aangekondigd zullen worden.

Daarnaast zullen in dit bulletin verslagen verschijnen van discussies en referaten, die tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep(en) gehouden worden en die relevant zijn voor elke belangstellende, ook al is hij geen lid van de eigenlijke werkgroep. Ook is in dit kader plaats voor verslagen van cursussen en conferenties. Zo zal het eerstvolgende nummer een uitvoerig verslag bevatten van de in augustus j.l. te Heiloo gehouden workshop onder leiding van Prof.Dr. J. Wolpe.

Op het ogenblik wordt een overzicht opgesteld van gedragstherapeutische behandelingen, die tot nu toe in Nederland uitgevoerd werden. Te zijner tijd zal dit overzicht eveneens in het informatie-bulletin verschijnen.

Het informatie-bulletin is niet bedoeld als voorlichtingsorgaan. Voor het verkrijgen van nadere informatie over de theorie en de praktijk van de gedragstherapie in het algemeen, kan men heden ten dage voldoende terecht in de bestaande literatuur. Wel zal van tijd tot tijd in dit bulletin gewezen worden op nieuw verschenen literatuur op dit gebied, terwijl eveneens wordt overwogen om besprekingen van recente boeken op te nemen.

OPZET EN ORGANISATIE VAN DE VERENIGING VOOR GEDRAGSTHERAPIE

Hoewel voor de meeste lezers wellicht ten overvloede, achten wij nogmaals een korte uiteenzetting van de opzet en organisatie van de Vereniging voor Gedragstherapie in dit eerste informatie-bulletin op zijn plaats.

1. Het doel is op zijn algemeenst geformuleerd: het vergemakkelijken van de communicatie tussen allen, die zich op enigerlei wijze met gedragstherapie bezighouden of er in geïnteresseerd zijn.
2. Een ieder, die belang stelt in behandelingsmethoden gebaseerd op psychologische leertheorieën, hetzij uit praktische, hetzij uit theoretische overwegingen, kan lid worden van de vereniging. Het lidmaatschap staat dus open voor psychiaters, psychologen, bewegingstherapeuten, huisartsen, pedagogen, e.a.
3. Er zal een onderscheid gemaakt worden tussen "belangstellende" en "werkende" leden.
Belangstellende leden zijn degenen, die zich voor de theoretische en praktische problemen van de gedragstherapie interesseren, doch zelf geen gedragstherapeutische behandelingen uitvoeren.
Werkende leden zijn degenen, die gedragstherapeutische methoden toepassen bij de behandeling van patiënten, of op het punt staan om deze methoden te gebruiken. Het criterium is, dat een werkend lid inbreng uit eigen praktische ervaring kan leveren in de werkgroep. Ook zij die experimenteel onderzoek doen op het gebied van therapeutische toepassingsmogelijkheden van de leertheorieën, worden geacht aan dit criterium te voldoen.
4. Werkende leden kunnen deelnemen aan de centrale werkgroep, die ongeveer om de zes weken bijeenkomt, ter uitwisseling van ervaringen met gedragstherapeutische methoden, en ter bespreking van praktische en theoretische problemen diemet de behandeling samenhangen.
Indien de centrale werkgroep, die momenteel een 20-tal leden telt, te groot wordt zal decentralisatie worden overwogen op regionale basis.
5. Voor werkende en belangstellende leden zal.
 - a) een tweetal bijeenkomsten per jaar worden georganiseerd, waarop voordrachten zullen worden gegeven op praktisch en theoretisch gebied, hetzij door leden van de vereniging, hetzij door gastsprekers.
 - b) een informatie-bulletin worden uitgegeven, waarover elders in dit nummer meer.

6. Het ligt in de bedoeling om geregeld kursussen te organiseren naar het voorbeeld van de workshop, die eind augustus werd gehouden in Heiloo.

7. De kontributie bedraagt voorlopig f 25,-- per verenigingsjaar. Het eerste verenigingsjaar loopt tot januari 1968. De kontributie dient te worden overgemaakt op giro no. 8 0 2 3 9 4 van de Algemene Bank Nederland te Groningen ten gunste van Drs. A.B. Marinkelle, met de vermelding "inzake vereniging voor gedragstherapie".

8. Men kan zich opgeven als lid van de vereniging door storting van de kontributie. Eveneens kan men zich schriftelijk opgeven bij het sekretariaat (graag bij uw opgave vermelden of u als belangstellend dan wel als werkend lid wenst te worden genoteerd).

9. Het voorlopige bestuur is als volgt samengesteld:

voorzitter

Drs. F.A. Pelgrim
Psychiat.Centrum "St.Willibrord"
Kennemerstraatweg, Heiloo.
tel. 02200-30844

sekretaris

Drs. P.J. v.d. Berg
Amstel 228, Amsterdam
tel. 020-38301

penningmeester

Drs. A.B. Marinkelle
Stads en Acad.Ziekenhuis,
Psychiat.Kliniek,
Afdeling Psychologie,
Oostersingel 59, Groningen

lid

tel. 05900-39123, toestel 408
Mevr.Drs. D.J. Bakker-de Pree
Instituut Persoonlijkheidsleer
van het Psychol.Lab. van de Gem.
Univ. van Amsterdam
2e Const.Huygensstraat 34,
Amsterdam, tel 020-169038.

10. Het voorlopig bestuur blijft aan tot 1 januari 1968. Er zullen statuten en een huishoudelijk reglement worden opgesteld en aan de leden ter beoordeling worden toegezonden.

14-DAAGSE KURSUS GEDRAGSTHERAPIE 1967.

In de tweede helft van april 1967 zal in Amsterdam een 14-daagse cursus met betrekking tot de gedragstherapie gehouden worden. Deze cursus zal onder leiding staan van Dr. Victor Meyer, die als senior-psycholoog werkzaam is aan de "Academic Unit of Psychiatry" van het Middlesex Hospital in Londen. Oorspronkelijk werkte Dr. Meyer in het Maudsley Hospital, waar hij tezamen met een aantal andere medewerkers, onder leiding van Prof. H.J. Eysenck, begonnen is met de toepassing van gedragstherapeutische behandelingsmethoden.

De opzet van deze cursus is het beste te verduidelijken aan een citaat uit de laatste brief van Dr. Meyer: "I intend not to 'sell' behaviour therapy, but to acquaint people with it, while maintaining objective and critical approach".

Het programma van de cursus valt in twee delen uiteen. Het ene deel omvat twee maal vier dagen intensieve bestudering van de gedragstherapie aan de hand van lezingen en discussies, bestemd voor een beperkte groep van ongeveer 25 deelnemers. Het andere deel betreft twee maal één dag lezingen en discussies voor een grote groep belangstellenden. Uiteraard zal op deze twee dagen de bestudering minder diepgaand zijn.

De deelnemerskosten voor de gehele cursus zullen ongeveer f 125,-- bedragen. Deelname aan de volledige cursus is alleen opengesteld voor leden van de Vereniging voor Gedragstherapie.

Met het oog op het verkrijgen van een maximaal profijt van een dergelijke cursus, stellen wij ons voor om bij de samenstelling van de deelnemersgroep te streven naar een zekere mate van homogeniteit wat betreft kennis, ervaring en belangstellingsrichting op het gebied van de gedragstherapie. U wordt daarom verzocht, om, wanneer u zich voor deze cursus opgeeft, daarbij een korte toelichting te geven met betrekking tot de relatie tussen uw werkzaamheden en de gedragstherapie. U kunt reeds nu uw opgave doen bij het sekretariaat van de vereniging. Ook zij die zich reeds bij voorbaat opgaven voor een cursus volgend jaar, worden verzocht zich opnieuw op te geven.

Het ligt in de bedoeling om vóór de aanvang van deze cursus een aantal bijeenkomsten te houden met de deelnemers. In deze bijeenkomsten zal onder meer besproken worden welke onderwerpen en vragen, die uit de groep naar voren komen, ter discussie gesteld kunnen worden tijdens de cursus. In overleg met Dr. Meyer kan dan

VERSLAG VAN DE WORKSHOP "GEDRAGSTHERAPIE"

ONDER LEIDING VAN PROF. DR. J. WOLPE

gehouden van 15 tot en met 26 augustus 1966 in de Psychiatrische Inrichting
"St. Willibrordus" te Heiloo.

17 psychologen en 2 psychiaters afkomstig uit alle delen van het land namen aan deze workshop deel.

Het dagprogramma gedurende de eerste vier dagen van elke week was steeds eerst een inleiding van Dr. Wolpe; vervolgens discussie naar aanleiding van deze inleiding; een tweetal demonstraties van behandelingen met daarop aansluitend discussie; een algemene discussie over uiteenlopende onderwerpen en tenslotte behandelingen door leden van de groep van hun eigen patiënten onder supervisie van Dr. Wolpe, soms in aanwezigheid van andere leden van de groep. Op de vrijdagen hield Dr. Wolpe lezingen en gaf demonstraties van behandelingen voor een groter publiek van belangstellenden.

De plaats, die de gedragstherapie in het werk van elk van de deelnemers inneemt, was zeer verschillend. Voor een gedeelte van de groep was deze workshop een eerste inleiding op een voor hen tot voor kort vrij onbekend terrein. Voor anderen was het een nadere "bezinning" op dingen, die zij reeds in de praktijk proberen toe te passen. Een derde categorie vormden zij, die door deze workshop hoopten verder te kunnen komen op een terrein, waar zij al relatief goed vertrouwd mee waren. Het zou een wonder geweest zijn, als al deze mensen op gelijke wijze bevredigd zouden zijn. Het is zonder meer vast te stellen, dat zij, die het minst van de gedragstherapie wisten, het meest geleerd hebben in deze twee weken. Vooral op de praktische vragen als "hoe gaat het nu", "hoe doe je het" en "wat doe je in zus of zo'n geval" kwamen elke dag weer voldoende antwoorden. Doch op de "waarom"-vragen kon vaak niet diep genoeg worden ingegaan.

Gedurende de eerste dagen hadden de algemene discussies, vooral toen de groep meer los kwam, vaak een wat rommelig en oppervlakkig karakter, daar iedereen zijn eigen vragen op Dr. Wolpe afvuurde, vragen die onderling dikwijls weinig met elkaar te maken hadden en die Dr. Wolpe improviserenderwijs moest beantwoorden. Begrijpelijk is dat daardoor oppervlakkigheid in de hand wordt gewerkt in de behandeling van verschillende onderwerpen en dat wat diepergaande vragen vaak niet aan bod komen.

Na enkele dagen werd daarom overgegaan tot een iets andere procedure, waarbij Dr. Wolpe een aantal problemen op schrift werd voorgelegd, die in enkele voorbesprekingen door de groep waren geformuleerd. Dit leidde zeker tot een meer bevredigende gang van zaken.

Een laatste kritische opmerking die wij nog wel eens hoorden was dat de cursus te veel een "hoor"-kursus was en te weinig een "doe"-kursus.

Op grond van deze ervaringen lijkt het wenselijk om toekomstige cursussen in samenwerking met alle deelnemers zorgvuldiger voor te bereiden wat betreft de inhoudelijke kant. Vandaar dat in het vorige informatie-bulletin werd voorgesteld om vóór de aanvang van de cursus onder leiding van Dr. Meyer een aantal bijeenkomsten met alle deelnemers te houden, van te voren uitvoerig te overleggen met Dr. Meyer en om te streven naar een zekere homogeniteit wat betreft kennis, ervaring en belangstellingsrichting.

A.B. Marinkelle.

WOLPE'S "WETENSCHAPPELIJKE EN THERAPEUTISCHE GRONDHOUDING"

Wolpe's sterk empiristische en pragmatistische houding ten aanzien van alle soorten van problemen heeft de meesten van ons misschien het meest gefrappeerd. Een subtiel theoreticus is hij niet. Hij is enigszins het type van volkomen zelfverzekerde 19e eeuwse rationalist inbegrepen zijn vooruitgangsoptimisme en de sterk natuurwetenschappelijke manier van denken. Nadelen van zijn attitude achten we een zeker tekort aan theoretische verantwoording van sommige van zijn methodes en een te sterke neiging tot ontkenning van en zelfs niet rekening willen houden met verschijnselen, die niet in zijn denkwereld passen, zolang ze niet absoluut overtuigend zijn bewezen. Als voordeel zien we een vaak zuiverend werkende nuchterheid en common-sense. De moeilijkste problemen weet hij op een onbevangen, rationele wijze te benaderen.

Dit maakt echter ook, dat hij zonder veel twijfels na 1 of 2 gesprekken b.v. een patiënt adviseert tot echtscheiding of zeer directe richtlijnen geeft op het gebied van de levensbeschouwelijke vorming van de kinderen, iets waar tegen verschillende leden van de groep toch wel enige bedenkingen hadden. Het lijkt ons gewenst te accentueren, dat in Wolpe's behandeling van patiënten, naast de meer specifieke methodes deze rationele benadering van de moeilijkheden en problemen waarmee de patiënt komt een belangrijke plaats inneemt.

Prof. Wolpe is iemand, die vooral door zijn inventiviteit imponeert. De groep als geheel stond vaak versteld van zijn ingenieuze wijze van aanpakken van problemen. Hij bleek een echte practicus, die niet terugdeinst om voor zijn patiënten deze praktijkadviseur te zijn. Voor ons gevoel ging hij zelfs soms te ver in zijn directiviteit en consequentie. Zelfvertrouwen en dan vooral in de zin van vertrouwen, dat je als therapeut de werkelijkheid ziet, zoals deze werkelijk is, bezit Wolpe in grote mate. Of een dergelijke eigenschap noodzakelijk is voor een goede gedragstherapeut, bleef voor de groep een open vraag, terwijl Wolpe hierop zonder moeite een bevestigend antwoord kan geven.

De neurotische patiënt is volgens Wolpe een mens, die "bezeten" is door angst. De effecten van deze angst kunnen zeer verschillend zijn. En al naar gelang deze effecten varieert de behandelingsmethode. Eén ding hebben alle effectieve behandelingsmethoden gemeen: het gericht zijn op veranderingen in het gedrag van de patiënt. Het begrip gedrag, zoals Wolpe dit gebruikt, omvat het motorische en het emotionele. Cognitieve gedragingen komen niet expliciet ter sprake. Wel legt Wolpe grote nadruk op het "verstandelijke redeneren". Men moet de patiënt steeds weer de objectieve realiteit laten zien en hem zeggen, dat dit de objectieve realiteit is. De patiënt moet ertoe gebracht worden om door middel van verstandelijk redeneren de zaken in het juiste licht te zien. Anderzijds ziet Wolpe het als noodzakelijk, dat de patiënt leert, dat hij zijn gevoelens adequaat moet weergeven. Hij geeft daartoe de patiënt van het begin af aan "gedragsinstructies".

Beata J. Bakker.
A.B. Marinkelle.

DEMONSTRATIE BEHANDELINGEN

I. De heer X., 37 jaar, ongehuwd, academicus.

De klachten van de heer X. zijn als volgt:

- last van tremor bij het drinken in sociale situaties.
- angstreacties in sociale situaties, met name: spastische trekkingen van de kaakspieren, zweten.
- contactstoornissen (speciaal met vrouwen): angst, impotentie, e.d.
- werkstoornissen: bv. niet in staat zijn zich aan tijdschema's te houden; te perfectionistisch; strevend naar gelijkheid met hoger geplaatsten; niet in staat om onder enige druk te werken.

Het feit dat de heer X. tijdens zijn studietijd geen lid van het Corps is geweest maar lid van een R.K. studentenvereniging, zit hem nog steeds dwars in de zin van dat hij zich minderwaardig voelt.

Twee jaar geleden had de heer X. psychoanalytisch georiënteerde therapie speciaal naar aanleiding van zijn contactproblemen. Sinds enkele weken heeft de heer X. gedragstherapie gehad in de vorm van systematische desensitizatie met betrekking tot zijn drinkers-tremor.

15-8-1966

Wolpe begint met na te gaan in hoeverre de heer X assertief kan zijn. De drie gebruikelijke vragen worden gesteld:

- 1) Wat zou u doen als u in een rij stond en iemand drong vóór u?
- 2) Wat zou u doen als u in een winkel op uw beurt wachtte en een ná u komende klant werd eerst geholpen?
- 3) Wat zou u doen, als u in een restaurant een licht-gebakken biefstuk had besteld en u krijgt een goed doorbakken stuk?

Heer X. bleek duidelijk niet assertief. Wolpe legt hem meteen uit, dat dit anders moet en instrueert hem, hoe hij moet optreden in dergelijke situaties. Hr. X. vindt dit niet situaties, die de moeite waard zijn. Hij brengt de problemen, die hij momenteel in de relatie met zijn huidige vriendin heeft, naar voren. Hij weet niet, of hij nu moet doorgaan met deze verhouding of niet. Ook hierbij legt Wolpe de nadruk op de angsten, die patiënt heeft en op de mogelijkheid om deze angsten te verminderen door middel van het eerlijk uitdrukken van zijn gevoelens. Wolpe benadert de patiënt zeer direct en zegt hem, dat hij vol angsten zit, waar hij van af moet. Als pat.'s gevoelens hem zeggen, dat hij deze vriendin eigenlijk niet wil, dan moet hij die gevoelens uiten en actie vertonen. Wolpe draagt de patiënt op om alvast in kleinere, misschien minder belangrijke dingen zich assertief te gedragen.

16-8-1966

Wolpe vraagt de pat., of hij de assertiviteit al in praktijk gebracht heeft. Hr. X. heeft niet veel te vertellen. Wolpe vraagt door op de invloed van commentaar van pat.'s familieleden op pat.'s gedrag. Het blijkt, dat deze commentaren van veel invloed zijn en vaak van doorslaggevende betekenis speciaal wanneer het vriendinnen van pat. betreft.

Wolpe legt pat. uit, dat de opinie van anderen nooit een dermate grote invloed en druk mogen uitoefenen. Hr. X. zal zich moeten realiseren, dat hij zelf zijn gedrag moet bepalen en dus ook stelling zal moeten nemen tegenover de opinies van zijn familie. Hr. X. zegt, dat hij wel inziet, dat dit zo is en dat hij graag onkwetsbaar zou willen blijven voor de commentaren van zijn familie.

17-8-1966

Heer X. vertelt, hoe gisteravond, toen hij met zijn vriendin langs een terras liep, het zweet hem uitbrak. Hij schaamt zich voor de relatie met dit jonge meisje (21 jaar). Hij hoopt eigenlijk op negatief commentaar van anderen en schaamt er zich weer voor, dat hij dit hoopt. Wolpe wijst hem erop, dat hij zich niet hoeft te verontschuldigen voor zijn eigen gevoelens en dat hij tevens niet bang voor de waarheid moet zijn. Wolpe laat patiënt beschrijven, hoe hij zich de ideale vrouw voorstelt, waarmee hij wel een geïnvolveerde verhouding zou willen hebben. Na deze beschrijving zegt Wolpe, dat er toch best vrouwen zijn, die daaraan beantwoorden. Naar aanleiding van de situaties, waarop pat. gedesensitiseerd is in zijn j.l. gedragstherapeutische behandeling concludeert Wolpe, dat pat. een angst heeft, dat anderen ongunstig over hem denken. Patiënt beaamt dit en voegt hieraan toe dat dit vooral het geval is als hij met belangrijke mensen te doen heeft. Belangrijk is voor hr. X. iemand met een hoge sociale status en met een familie met een geschiedenis; tevens draagt de "sterkte" van het karakter bij. Als hr. X. de autoriteit van iemand kan accepteren, dan vermindert het probleem. Pat. krijgt de opdracht om een lijst van opmerkingen op te stellen, die anderen over hem zouden kunnen maken en die pat. wat zouden doen. Tevens een lijst van de soort mensen, die opmerkingen over hem zouden kunnen maken.

Wolpe zegt, dat het er objectief niets toe doet, wat andere mensen denken of zeggen, omdat het niets verandert. Ook moet patiënt leren onderscheid te maken tussen opmerkingen, die hem werkelijk benadelen (b.v. als iemand zegt, dat je een dief bent) en opmerkingen, die dit niet doen (b.v. als iemand zegt, dat je geen corpslid bent geweest).

N.B.

Pat.'s attitudes ten opzichte van vrouwen tonen aan, dat hij zeer bang is om in een verhouding geïnvolveerd te raken. Wolpe ziet een analogie tussen deze vorm van sociale angst en claustrofobie.

18-8-1966

Patiënt vertelt wederom van een zweet-reactie, deze keer bij het zien van een blond meisje en bij de gedachte om een gesprek met haar aan te knopen. Bij doorpraten blijkt er bij pat. een grote vrees te bestaan, dat hij zal worden afgewezen. Weer zijn het de opinies van anderen, die hem de angst tevoren al bezorgen. Patiënt ziet dit wel in. Patiënt heeft de twee lijsten bij zich. Wolpe neemt ze met hem door. Bij de diverse opmerkingen, die pat. angstig maken, probeert Wolpe hem de objectieve realiteit te laten zien. Bijvoorbeeld door te zeggen, dat hr. X. niet "burgerlijk" is en dat hij dus geen angstreactie hoeft te hebben, als iemand dat van hem zegt. Ook zegt Wolpe, dat mensen, die discrimineren tussen corpsleden en knorren, sowieso al niet het beschouwen waard zijn in feite.

Desensitizatie van de gebruikelijke items en van enkele door Wolpe toegevoegde items met betrekking tot opmerkingen van de tante.

25-8-1966

Patiënt vertelt, dat de visite van gisteravond goed gegaan was. Hij had boven alle verwachting niet getranspireerd en hij verklaarde, dat hij telkens geprobeerd had te denken: "het doet er niets toe, wat zij (= tante) zegt". Wolpe prijst de heer X. Patiënt blijkt zijn vriendin wel enigszins gezegd te hebben, wat Wolpe hem geadviseerd had, maar toen zijn vriendin zei, dat als de relatie een last voor hem was, hij deze moest afbreken, ging hij er niet op door. "Zij maakte het me te gemakkelijk". Hij wist nog steeds niet, wat hij moest doen, terwijl hij de situatie toch wel zodanig wilde veranderen, dat ze geen last meer voor hem was.

Wolpe vertelt patiënt, dat het in feite alleen het gedrag is wat telt. Dit gedrag wordt beïnvloed door emoties, ook door die uit het verleden. Zoals in pat.'s geval zijn huidige verhouding beïnvloed wordt door gevoelens, die gekoppeld zijn aan vroegere verhoudingen.

Desensitizatie van de items uit de oorspronkelijke lijst.

Slotopmerking:

Wolpe ziet de prognose van de heer X. als gunstig. Het kernprobleem is en blijft de angst voor wat anderen denken. Daarom moet dus de desensitizatie van situaties, waarin anderen opmerkingen over hr. H. maken, voortgezet en uitgebreid worden.

Heer X.'s werkproblemen beschouwt Wolpe ook als gevolg van zijn sociale angst. Deze problemen zullen dus vanzelf gaan verdwijnen. Hetzelfde geldt voor hr. X.'s niet in staat zijn om beslissingen te nemen.

- De heer Y., 42 jaar, gehuwd, 2 zoons (13 en 9 jaar), vertegenwoordiger

Uit de geschiedenis van de heer Y blijkt, dat hij geen prettige jeugd had. Veel ruzies tussen de ouders en tijdens de oorlogsjaren een voortvluchtig bestaan met moeder en broer (moeder was Jodin), waarbij zij onder meer in kippenhokken huisden.

Zijn symptomen zijn van claustrofobische aard. Bioscopen, theaters, restaurants en hotels zijn plaatsen, waar hij zich meteen opgesloten voelt. Ook thuis had hij dit gevoel. Sinds een half jaar heeft hij er in huis geen last meer van, sinds hij medicijnen krijgt (1 x per week een topranil injectie en 2 x per dag 1 tablet moditen). Hij heeft al meer dan 12 jaar deze symptomen.

15-8-1966

Wolpe begint met de heer Y. uitvoerig over de aard van zijn fobie te vragen. De heer Y. vertelt vlot, welke situaties onmogelijk voor hem zijn. Vooral het aantal mensen, dat samen met hem in een ruimte aanwezig is, blijkt van belang te zijn. Ook maakt het verschil, of de andere mensen dicht om hem heen zitten of meer verspreid in de zaal. Wolpe maakt eveneens een begin met de ontspanningstraining (arm + voorhoofd). De heer Y. vindt het moeilijk.

DISCUSSIE.

ENKELE ESSENTIELE PUNTEN IN WOLPE'S THEORETISCHE OPVATTINGEN.

Wolpe houdt strikt de hand aan het onderscheid tussen "autonome responsen", die steeds het produkt zouden zijn van een zgn. klassieke conditioning volgens het contiguiteitsprincipe, en "instrumentele responsen", gevormd door "bekrachtiging", d.w.z. de response zelf leidt tot een zekere "drive-reduction", waardoor deze response op den duur geconditioneerd wordt. Deze response heeft dus een instrumentele functie. Autonome responsen w.o. vegetatieve en emotionele responsen daarentegen zouden een dergelijke instrumentele functie volgens de meeste onderzoekers, w.o. Wolpe, nooit hebben. Dit geldt met name voor neurotische angst en dit zou volgens Wolpe betekenen, dat in neurosen, waar angst een rol speelt (en dat is volgens Wolpe in vrijwel alle neurosen) bijvoorbeeld zogenaamde secundaire ziekte-winst van niet essentieel belang is bij de behandeling.

De opvatting, dat aan vrijwel elke neurose een autonome angst (meer behavioristisch gezegd: "conditioned avoidance drive") ten grondslag ligt en dat deze het symptoom ook in stand houdt, maakt dat Wolpe in het algemeen weinig waarde hecht aan allerlei vormen van "operant conditioning", waaronder ook avoidance-conditioning bij b.v. homosexualiteit. Bij homosexualiteit ziet Wolpe veel meer heil in de behandeling van de "interpersonal fear" waaraan vrijwel alle homoseksuelen zouden lijden, door middel van systematische desensitizatie en assertieve training, dan in het aanleren van een vermijdingsreactie op homoseksuele stimuli.

Ook bij symptomen als stotteren en tics waar anderen zich soms met succes beperkt hebben tot de directe aanpak van het motorische gedrag zelf, neigt Wolpe er toe allereerst de door hem vermoedde angststimuli op te zoeken, die het symptoom hebben doen ontstaan en die het waarschijnlijk ook nu nog in stand houden.

Operant conditioneren bij neurosen valt volgens Wolpe alleen te overwegen als er alleen inadequate motorische reacties zijn ontstaan zonder angst, wat, in tegenstelling tot Eysenck's opvatting, volgens Wolpe slecht in een kleine minderheid van neurosen het geval is, of als na desensitizatie van de angst de motorische vermijdingsreactie is blijven bestaan, wat volgens Wolpe ook maar zelden het geval is. Met de mogelijkheid, dat een eenmaal geconditioneerde vermijdingsreactie (dus niet de angst zelf) moeilijker is te deconditioneren als deze de patient een zeker voordeel oplevert (b.v. niet te hoëren werken) houdt Wolpe volgens veler mening te weinig rekening. Anders gezegd: Wolpe onderschat wellicht de invloed van later optredende, het symptoom bekrachtigende factoren.

Voor de algemene juistheid van Wolpe's opvattingen pleiten natuurlijk het zeer hoge, door hem geclaimde succespercentage, zowel als het door anderen betrekkelijk veelvuldig gemelde falen van behandelingen, puur op het motorische symptoom gericht, zoals bij dwanghandelingen, homosexualiteit, schrijfkrimp, tics en stotteren. Daarbij moet echter wel worden opgemerkt, dat Wolpe door ons onbekende oorzaken, relatief weinig ervaring gehad schijnt te hebben met laatstgenoemde groepen van symptomen. We weten dus niet zeker of Wolpe bij deze symptomen meer succes zou hebben.

Hoe dan ook, het standpunt, dat als angst een rol speelt in de in-standhouding van het symptoom, deze in de eerste plaats moet worden behandeld lijkt ons niet te bestrijden. Enigszins simplificerend kunnen we stellen dat Wolpe elk motorisch symptoom in eerste instantie tot een fobie tracht te herleiden. Dit zou volgens hem bij de meeste symptomen mogelijk zijn. Hierbij zij opgemerkt, dat hij de zgn. "free-floating anxiety" overigens puur hypothetisch en uiterst moeilijk bewijsbaar, opvat als een fobie voor altijd, of bijna altijd, aanwezige stimuli zoals b.v. licht of het verloop van tijd of ruimte.

In het raam van Wolpe's hypothese, dat vrijwel elke neurose is terug te brengen tot een fobie, past de systematische desensitizatie als de meest geëigende en ook de meest door hem gebruikte techniek.

A. B. Marinkelle.

WOLPE'S OPVATTINGEN OVER PSYCHOTHERAPIE IN HET ALGEMEEN.

Alle effectieve therapie is volgens Wolpe gedragstherapie: een therapeutisch effect zou ontstaan door het geven van angststimuli in de geruststellende, accepterende aanwezigheid van de therapeut. Verder zouden "dynamische" psychotherapeuten incidentele successen hebben doordat zij soms directe adviezen geven ten aanzien van het concrete gedrag van de patient. Dit geldt men name voor de psychoanalyticus, die zich niet te strikt aan de regels houdt.

Merkwaardigerwijs wijst Wolpe niet op de mogelijke andere leerprocessen die zich tijdens de psychotherapie kunnen ontwikkelen, zoals b.v. door de bekrachtiging van "gezond" gedrag en de bestraffing van "ongezond" gedrag in relatie met de therapeut.

In het algemeen schijnt Wolpe echter van mening te zijn dat, met name een analytische behandeling eerder een neuroticerend dan een therapeutisch effect heeft.

A.B. Marinkelle.

DE HOUDING VAN DE THERAPEUT TEGENOVER DE PATIENT.

Volgens Wolpe moet de houding van de therapeut tegenover de patient directief van aard zijn. De therapeut dient niet te wachten totdat de patient zelf ontdekt dat zijn houding tegenover bepaalde zaken niet juist is, maar moet zelf de patient daar zo gauw mogelijk op wijzen. De vraag of de patient dan wel zal accepteren wat de therapeut hem zegt is voor Wolpe geen vraag, daar hij niet inziet waarom een patient zijn visie niet zou aanvaarden. De verdediging van het geven van directe visies, in de zin van dat de patient zelf wel reëlere concepten zal krijgen naarmate zijn angst voor critiek afneemt, neemt niet weg dat de reactie van Wolpe het zelfinzicht van de patient niet bevordert. Wolpe voert bovendien aan dat er geen enkele evidentie bestaat dat een niet-directieve benadering tot betere en langerdurende resultaten zal leiden dan een directieve. Dit neemt niet weg dat wij meermalen tijdens de exploratieve fasen van de beide, door Wolpe geleide therapieën de indruk kregen dat zijn

directieve aanpak allerlei mogelijkheden tot zelfexploratie van de patient ongebruikt liet. Bovendien blijkt uit een onderzoek van Bergman dat evaluerende en interpreterende antwoorden op vragen van de patient vaker (p kleiner dan .05) gevolgd werden door een opgepeut slechts probeert de vraag in zijn directe context te begrijpen. (Bergman, D.V. "Counseling method and client responses."; J.Consult. Psychol. 1951. Vol.15. pp.216-224.)

P.J. v.d. Berg.

WOLPE'S OPVATTINGEN OVER DIVERSE SYNDROMEN EN METHODEN.

Agorafobie blijkt bij vrouwen vaak in verband te staan met interpersoonlijke (huwelijks-) conflicten. Wolpe ziet deze conflictueuze situatie niet als onderliggende oorzaak, maar legt de nadruk op de gelijkheid in stimulusbetekenis van de gestoorde relatie en het huis welke patient geen van beide kan verlaten. De agorafobie is de ex^{te} pressie van een andere angst, en zal daarom dikwijls verdwijnen wanneer de conflictueuze relatie wordt opgelost. De in Engeland vaak gepubliceerde slechte resultaten van de gedragstherapie bij agorafobiën wijt Wolpe aan veronachtzaming, in de therapie, van de interpersoonlijke conflicten.

Verslavingen zijn syndromen die volgens Wolpe nog erg onduidelijk zijn. Zolang er geen methoden bestaan met behulp waarvan men een verslaafde in een normaal gebruiker kan veranderen, is het duidelijk, dat de gedragstherapeuten nog lang niet op de goede weg zijn met hun opvattingen over en hun behandeling van verslavingen. Wolpe meent dat ook hier de sociale angst wel eens van groot belang kan zijn.

Tremores, krampen, e.d. die bijvoorbeeld optreden bij het vastpakken van een kopje of glas, blijken niet erg te verminderen bij desensitizatie op imaginair niveau. Waarschijnlijk komt dit doordat er sprake is van taststimuli, die zeer moeilijk voor te stellen zijn. Dergelijke symptomen moeten dan ook in vivo worden behandeld.

Hypochondrie mits van de neurotische soort, behandelt Wolpe op de volgende wijze. Allereerst moet worden gezocht naar een manier om de pijn waarover de patient klaagt, op te wekken met behulp van externe stimuli. Lukt dit dan weet de patient dat er een eenvoudige verklaring voor zijn pijnen is. Pijn in de hartstreek zou volgens Wolpe vaak het gevolg zijn van gasvorming in de maag. Hij geeft de patient in dat geval spuitwater te drinken en vervolgens orange juice, waarna gasvorming ontstaat. Hierna moet de angst die aan deze pijn is geconditioneerd door middel van systematische desensitizatie worden gedeconditioneerd. Tijdens de desensitizatie behoeft de pijn niet reëel gevoeld te worden. Er is nl. volgens Wolpe experimenteel aangetoond dat er emotioneel sterke gelijkenis bestaat tussen reële en voorgestelde pijn. Hij zegt verder dat men hiërarchieën kan maken ten aanzien van de plaats en van de hevigheid van deze hypochondrische pijnen.

Pervasieve angst, waarbij identificatie van specifieke stimulusklassen, die de angst opwekken, niet mogelijk is. Wolpe meent dat deze angst gezien kan worden als een geconditioneerde reactie op altijd aanwezige stimuli, zoals b.v. tijd en ruimte. Er zijn twee

methoden om dit soort angst te deconditioneren. Ten eerste met behulp van CO₂-inhalaties en ten tweede met behulp van elektrische schokken. De laatste methode gaat als volgt. Op de binnenzijde van de pols en van de elleboog worden elektroden geplaatst, waarna de patient zelf bepaalt welke schoksterkte voor hem de juiste is (criterium: goed voelbaar, maar niet onprettig). Met regelmatige tussenpozen (ongeveer 8 seconden) worden nu schokken gegeven, die al of niet begeleid worden door het woord "relax". Na ongeveer vijftig schokken moet de angst verminderen. Gebeurt dit niet, dan moet de sterkte van de schok worden verhoogd. Het is gebleken, dat sommige mensen een spiercontractie-effect moeten hebben, voordat zij zich ontspannen gaan voelen. Voor geen van beide methoden is nog een goede theoretische verklaring gevonden met betrekking tot hun effect. Het is mogelijk dat het effect van de schokmethode verklaard zou kunnen worden in termen van externe inhibitie.

Tics worden doorgaans met de methode van de negatieve oefening behandeld. Een variatie hierop is de methode van O. Kondas (Bratislava; Tsjechoslowakije.). Hij laat de patient de tic willekeurig uitvoeren, terwijl de patient elektrische schokken krijgt. Als de patient het niet meer uit kan houden, moet hij "stop" zeggen, waarop hijzelf met het uitvoeren van de tics stopt en de schokken ophoudt. Op deze manier wordt het uitvoeren van de tic geconditioneerd aan een onprettige ervaring, en, wellicht meer nog, het nalaten van de tic aan een geweldige opluchting.

Conditioneerbaarheid. Volgens Wolpe kunnen de bewezen verschillen in conditioneerbaarheid alleen berusten op fysiologische verschillen. Ook hij acht de mogelijkheid niet uitgesloten, dat er binnen één persoon een verschil bestaat in conditioneerbaarheid tussen skeletale en autonome responsen.

De voorstelling. Zoals in de paragraaf "Hypochondrie" reeds werd gesuggereerd, blijkt dat men bij desensitizatie gebruik kan maken van voorstellingen in plaats van reële ervaringen. Het feit dat de een zich dingen beter kan voorstellen dan de ander, meent Wolpe te kunnen toeschrijven aan verschillen in emotionele opvoeding. Er zijn helaas geen tests beschikbaar die differentiëren tussen goede en slechte "voorstellers".

Semantische conditionering. Naar aanleiding van de behandeling van de demonstratiepatient X., waarin het onder meer ging om de desensitizatie van denigrerende opmerkingen, die anderen over de patient maken, kwam de vraag naar voren of deze opmerkingen in het Engels gesteld wel hetzelfde effect zouden hebben als de eigenlijke opmerkingen, die zeer Nederlands zijn (b.v. "knor", "burgerlijk"). Volgens Wolpe kan worden aangenomen dat dit effect hetzelfde is omdat het gaat om de betekenis van de woorden en niet direct om de woorden zelf. In dit verband kwam ook het artikel van Razran ter sprake met betrekking tot semantische conditionering.

Flooding. Dit is een behandelingsmethode waarin de patient ineens blootgesteld wordt aan de voor hem meest angstverwekkende situatie. In sommige gevallen blijkt een dergelijke drastische benadering in één keer een gunstig resultaat op te leveren, maar er blijft gevaar voor een toename van angst bestaan. Theoretisch zou men het effect kunnen zien in termen van transmarginale inhibitie. D.w.z. de angstwekkendheid van de situatie is zo sterk, dat deze het maximum overschrijft en dan een minder sterke angstreactie oproept.