

## **De bruikbaarheid van individuspecifieke modellen van gedragsregulatie in de klinische praktijk <sup>1</sup>**

Bart E.E. Bruins <sup>2</sup>

Johanna is een 32-jarige vrouw die zich heeft aangemeld met paniek-aanvallen en agorafobische klachten. De klachten doen zich vooral voor in de rij voor de kassa of in de auto. Zij durft niet meer alleen auto te rijden. Tijdens een van de eerste zittingen vertelt cliënte over een autorit met man en kinderen op de terugweg van een geslaagd familiebezoek. Zijzelf zat aan het stuur, haar man naast haar en de kinderen op de achterbank. Cliënte vertelt hoe prima zij zich op die reis heeft gevoeld. Zij heeft op geen enkel moment klachten gehad en is heel tevreden over zichzelf geweest. Misschien verbaast het u niet, doet het u bijvoorbeeld, gezien de aanwezigheid van de echtgenoot, denken aan angstreductie door een ‘phobic companion’.

Enige tijd later vertelt cliënte echter weer over een lange autorit met man en kinderen. De situatie lijkt sprekend op die van een aantal weken geleden. Ook nu reed zij zelf terug naar huis na een bezoek aan hetzelfde familielid. Ook deze keer was het bezoek een succes geweest. Maar tot haar grote schrik krijgt zij geheel onverwachts een flinke paniekaanval. Slechts met veel moeite lukt het haar om door te rijden. Pas een behoorlijke tijd later knapt zij weer op. Ondanks de gelijkenis zijn de situaties voor de cliënte een wereld van verschil. Hoe kunnen wij dat begrijpen?

Om het optreden van klachten te verklaren maakt de gedragstherapie gebruik van verschillende theorieën. Een theorie is pas bruikbaar als deze ons niet alleen in staat stelt om een verschijnsel te verklaren, maar vooral om het te voorspellen en te beheersen (Linschoten, J., 1964). ‘Prediction & control’! is het motto. (Skinner, B. F., 1953). Immers alleen als wij het optreden van klachten kunnen voorspellen, kennen wij alle relevante causale variabelen. Door

---

<sup>1</sup> Symposium 'De praktische relevantie van de experimental behavior analysis'

**Najaarsconferentie ‘Niets zo praktisch als een goede theorie’** Nederlandse en Vlaamse verenigingen voor gedragstherapie Veldhoven, 12 november 1999.

<sup>2</sup> Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Midden-Holland, GOUDA [bruins@cga.nl](mailto:bruins@cga.nl)

vervolgens deze variabelen te manipuleren, kunnen wij het al dan niet optreden van de klachten beheersen.

Er zijn verschillende manieren om de bruikbaarheid van theorieën aan te tonen (Cronbach, L. J., 1957). Het meest gangbaar in de psychologie is statistisch onderzoek op basis van groepsdesigns. Kenmerkend is dat er gebruik gemaakt wordt van metingen op het niveau van de onderzoeksgroep: het groepsgemiddelde, de groepsmediaan, de groepsstandaarddeviatie, etc. Er wordt grosso modo onderzocht in hoeverre een steekproef van meerdere individuen, welke bloot is gesteld aan bepaalde uit de theorie afgeleide onderzoeksvariabelen, verschilt van de populatie waaruit deze steekproef afkomstig is. Met de uitkomsten kan vervolgens een uitspraak worden gedaan op groepsniveau. Een beperking van dit soort onderzoek is dat exacte uitspraken op het niveau van het individu niet aan de orde zijn (Hugdahl, K. & Öst, L-G., 1981). Het zou bijvoorbeeld goed kunnen dat geen van de individuen uit de steekproef precies samenvalt met de betreffende groepsmaat, maar daaromheen varieert. Zoals misschien geen van de leerlingen uit een steekproef met een gemiddeld cijfer voor wiskunde van 7,4 precies dat cijfer zal hebben (Barlow, D. H., 1980; Kazdin, A. E & Wilson, G. T., 1978). Variatie tussen individuen wordt in deze onderzoeksopzet gezien als een gegevenheid, iets dat in tegenstelling tot de 'dode' natuur, nu eenmaal inherent is aan 'levende' organismen en op zich niet controleerbaar is (Sidman, M., 1960). Uitspraken over een concreet individu zijn alleen mogelijk in termen van kans. In zoveel procent van de gevallen, zal het individu onder conditie x, y reageren. De theorie wordt bruikbaar geacht naarmate deze kans groter is.

In de experimental behavior analysis maakt men gebruik van een andere onderzoeksopzet, namelijk die van een single subject design (Sidman, M., 1960). Deze onderzoeksmethodologie is geënt op de natuurwetenschappen. Kenmerkend is dat er alleen gebruik wordt gemaakt van metingen op het niveau van het individu. In beginsel wordt per experiment slechts één representatief individu blootgesteld aan de onderzoeksvariabelen, waarna gemeten wordt wat de effecten zijn. Vervolgens wordt het experiment herhaald, bijvoorbeeld met een ander individu. De eis die men zich stelt is dat de eerder gemeten effecten worden gerepliceerd. Lukt dat niet, dan beschouwt men de theorie gefalsificeerd, of op zijn minst als onvoldoende accuraat. De conclusie moet zijn dat blijkbaar niet alle relevante causale variabelen

bekend zijn. De theorie moet dus worden verworpen of ieder geval worden aangescherpt. Een theorie moet immers van toepassing zijn op alle individuen van de betreffende populatie. Variatie tussen individuen wordt in deze benadering dus niet gezien als inherent aan organismen, maar als een gebrek aan controle over het gedrag van deze organisme. Lukt het echter (bij herhaling) om de resultaten wel te repliceren, dan kan men een uitspraak doen over *alle* individuen van de betreffende populatie (Sidman, M., 1960). En met iedere replicatie wordt de waarde van de theorie groter.

Ook in de praktijk van de gedragstherapie zien wij vergelijkbare verschillen in de wijze waarop de gedragstherapeut zich ervan verzekert dat zijn behandelmodel bruikbaar is. Steeds gebruikelijker is dat wordt gewerkt op basis van modellen waarvan die bruikbaarheid is vastgesteld in statistisch onderzoek met grote groepen. De geconcludeerde bruikbaarheid is dan een uitspraak op groepsniveau. Bijvoorbeeld 75% van de individuen reageert met paniek in conditie x of y. Ten aanzien van een concrete cliënt is de 'evidence' dus relatief, want niet voor iedere cliënt even geldig.

Er kan echter ook worden gewerkt op basis van een individuspecifiek model. In een constructionele gedragstherapie wordt bijvoorbeeld op die manier gewerkt. Uitgangspunt is de Theorie van de Dominante Actieve Vermijding (Bakker-de Pree, B. J., 1984; Bakker-de Pree, B. J., 1987), waarover Nanny van Delden zo-even gesproken heeft. Deze theorie stelt dat klachten niet primair het gevolg zijn van de aanwezigheid van bepaalde klachtverwekkende stimuli, maar het gevolg van de afwezigheid van garantiestimuli. Dat zijn discriminatieve stimuli die het klachtenvrije, succesvolle gedrag, i.c.de actieve vermijding reguleren. Iedereen heeft hiervan een uniek patroon, verworven in de eigen conditioneringsgeschiedenis. Deze regulerende stimuli worden per individu geanalyseerd en in kaart gebracht. De bruikbaarheid van het resulterende model van gedragsregulatie wordt vervolgens vastgesteld door een aantal concrete voorspellingen te doen over situaties waarin de klachten zullen optreden. Deze voorspellingen worden vervolgens getoetst aan nieuwe gegevens over het optreden van de klachten. In de lijn van de methodologie van de experimental behavior analysis is daarbij de eis dat deze voorspellingen voor 100% bevestigd worden! (Sidman, M., 1960) De geconcludeerde bruikbaarheid is een uitspraak op het niveau

van het individu. Ten aanzien van een concrete cliënt is de ‘evidence’ dus absoluut. Voor de praktijk is dergelijke absolute ‘evidence’ uit individueel onderzoek waardevoller dan de relatieve ‘evidence’ uit groepsonderzoek (Barlow, D. H., 1980). Een gedragstherapeut moet zijn cliënt immers ook kunnen behandelen als die van het gemiddelde afwijkt!

Hoe gaat de constructionele gedragstherapeut bij het analyseren van succesvol gedrag te werk? In stap 1 analyseren wij bij een aantal succesvolle acties van de cliënt. We gebruiken daarvoor een speciale interviewtechniek, de zogenaamde contrastvragen (Bakker-de Pree, B. J., 1987). Met behulp van deze contrastvragen kunnen wij de stimuli vaststellen die de betreffende respons reguleerden. In stap 2 construeren wij op basis van de zo verkregen gegevens een individuspecifiek model van gedragsregulatie, het zogenaamde functioneringsmodel. In dit model worden de gedragsregulerende klassen van stimuli gespecificeerd. Het gaat dus om een ordening op een niveau hoger. In stap 3 wordt de bruikbaarheid van het geconstrueerde functioneringsmodel getest.

Ik start bij stap 1: gedragsanalyse met behulp van contrastvragen. We beginnen met het identificeren van een respons uit het klachten-vrije domein van het bestaan van de cliënt.

“Zou je een moment uit de afgelopen dagen kunnen noemen, waarop je voldaan was over wat je zelf deed?”, vraagt de therapeut de cliënt. In antwoord op deze vraag noemt Johanna de al genoemde situatie in de auto op de terugweg van het eerste familiebezoek. Ze had haar echtgenoot Kees advies gegeven over een of ander werkconflict. Dat had haar een heel goed gevoel over zichzelf gegeven. Vervolgens wordt de contrastvraag gesteld: “*Stel, je had Kees niet geadviseerd op dat moment in de auto: wat zou er zijn gebeurd?*” Het antwoord op deze vraag openbaart de functie van de respons. Krijgen wij als antwoord dat Johanna iets prettigs zou hebben misgelopen (bijvoorbeeld: “Het zou jammer zijn geweest, want dan had ik dat boeiende gesprek niet gehad”), dan weten wij dat de functie ‘toenadering’ was. Toenaderingsgedrag wordt gereguleerd door een positieve stimulus (een ‘boeiend gesprek’). Krijgen wij als antwoord dat Johanna met iets vervelends zou zijn blijven zitten (bijvoorbeeld: “Hij zou dan door zijn gegaan met dat gezeur”), dan weten wij dat de functie ‘ontsnapping’ van haar actie ‘advies geven’ was. Ontsnappingsgedrag wordt gereguleerd door een negatieve

stimulus (het 'gezeur'). Maar Johanna antwoordt dat zij iets onprettigs zou hebben opgelopen. Dat onprettige is door haar actie uitgebleven. De functie van haar actie was dus actieve vermijding. Dat is ook te verwachten, want op grond van de Theorie van de Dominante Actieve Vermijding wordt verondersteld dat de gedragsregulatie van mensen met klachten gedomineerd wordt door actief vermijdingsgedrag, en wel actieve vermijding van één zeer bedreigend negatief sociale diskwalificatie, dat kost wat kost vermeden wordt: de zogenaamde invaliderende stimulus (Bakker-de Pree, B. J., 1987). Daar vraagt de therapeut vervolgens naar: "Welk oordeel zou er over jou in de lucht hebben gehangen, als je hem toen niet had geadviseerd?" Johanna antwoordt: "Onverschillig, een koud, afstandelijk iemand". Nu is ook de invaliderende stimulus bekend.

Geslaagde actieve vermijding impliceert het verschijnen van een veiligheidssignaal, een responscontingent 'tegenbewijs' van de invaliderende stimulus. Dat veiligheidssignaal moet ook worden geïdentificeerd: "Dus je hebt het wel gedaan! Wat gaf jou in die situatie, nadat je Kees je advies had gegeven, de zekerheid dat je niet 'onverschillig' gevonden kon worden?" Johanna antwoordt: "Toen hij opgelucht zei: "Ja, zo ga ik het aanpakken!"

Inmiddels hebben wij van Johanna's actie de consequente gedragsregulerende stimuli in kaart gebracht: de invaliderende stimulus 'onverschillig' en het veiligheidssignaal 'opluchting van de ander'. Nu moeten wij op zoek gaan naar de antecedente kant van de gedragsregulatie: de discriminatieve stimulus. Bij actieve vermijdingsgedrag gaat het om een zogenaamde 'garantiestimulus'. Om deze te identificeren stelt de therapeut eerst *zichzelf* de volgende vraag: "Wat moet er in een situatie aanwezig geweest zijn om met deze actie, dus het advies geven, dat resultaat, dus de opluchting van echtgenoot, te effectueren?" Dat vraagt wat 'detective'-achtig denkwerk: "Tenminste moet er een persoon aanwezig zijn, want het gaat om 'sociaal' resultaat. Maar niet zomaar een persoon. Er moet ook een behoefte aan advies zijn geweest. Een 'geuite' behoefte? Bijvoorbeeld 'een hulpvraag'? Of alleen een 'zichtbare' behoefte, bijvoorbeeld 'iemand die er bedrukt bijzit'." Omdat de therapeut meestal zo'n complexe vraag niet een, twee, drie kan beantwoorden, heeft hij in de regel een rijtje opties paraat. Opties, die hij al heeft bedacht naar aanleiding van de antwoorden op eerdere contrastvragen over

vergelijkbare acties. Deze opties worden de cliënt ter herkenning aangeboden:

“Op het moment dat je Kees ging adviseren, vroeg hij toen je hulp of zat hij er op een of andere manier bedrukt bij?” Als Johanna vervolgens ontkent dat Kees iets vroeg, maar bevestigt dat hij er inderdaad zichtbaar bedrukt bijzat, is de analyse van de regulatie van de betreffende respons compleet. We weten nu alle regulerende stimuli: de garantiestimulus ‘bedrukte ander’ maakte het mogelijk om met de actie van ‘advies geven’ het veiligheidssignaal ‘opluchting bij de ander’ te effectueren, waardoor het verschijnen van de invaliderende stimulus ‘onverschillig’ voorkomen werd.

Wij komen nu bij stap 2 van onze analyse van de gedragsregulatie: het construeren van een model. We maken gebruik van een proces van inductie. Analoge stimuli uit meerdere contrastvragen worden op basis van inhoudelijke overeenkomst gecombineerd tot klassen van stimuli. Het gaat dus om een ‘correlationeel’ verband (Skinner, B. F., 1938). In deze sheet ziet u een voorbeeld van dit proces.

Johanna rapporteerde in de behandeling verschillende situaties die haar een goed gevoel gaven over zichzelf. Een aantal ervan hadden betrekking op een actie naar iemand die er op een of andere manier niet goed aan toe was. Iedere keer resulteerde haar actie in een toestandsverbetering van die ander. Iedere keer vermeed zij daarmee een sociale diskwalificatie zoals ‘onverschillig’. De betreffende garantiestimulus-klasse is daarom geformuleerd als ‘ander die lijdt’, de veiligheidssignaal-klasse als ‘ander voelt zich prettig’ en de invaliderende klasse van stimuli als ‘onverschillig’.

Op deze wijze worden per cliënt meerdere verschillende klassen van stimuli gevonden. Bij elkaar vormen zij het functioneringsmodel: het individuspecifieke model van de regulatie van het succesvolle, klachtenvrije gedrag van de cliënt.

In tabel 1 ziet u het functioneringsmodel van Johanna.

**Invaliderende stimulus**: onverschillig

*REGULATIE*

<b>Garantie stimulus</b>	• <b>Respons</b>	→ <b>Veiligheids signaal</b>
ander lijdt	actie	voelt zich prettig
hulpvraag	actie	tevreden persoon
kapotte spullen	actie	gerepareerd object
vuil	actie	schoon

*DISREGULATIE*

- A. verplicht *in gezelschap* van anderen die er goed aan toe zijn en zich prima kunnen vermaken
- B. verplicht *in gezelschap* van anderen die er niet goed aan toe zijn, maar tegelijkertijd belemmerd worden hen te troosten
- C. *alleen* en alles is schoon, verzorgd en in goede conditie
- D. *alleen* en belemmerd om dingen schoon te maken of te repareren

*tabel 1: functioneringsmodel Johanna*

De klassen van stimuli zijn gespecificeerd in volgorde van frequentie van optreden. De eerste twee sequenties betreffen sociale stimuli. Johanna moet het dus vooral hebben van bepaalde contacten met mensen. De volgende twee sequenties betreffen materiele stimuli. Zoals u ziet zijn de responsen hier niet meer inhoudelijk gespecificeerd. Wij zijn namelijk niet geïnteresseerd in de topografie van het gedrag, dus in de wijze waarop Johanna e.a. realiseert, maar in de regulatie van het gedrag. Hoewel de inhoud van de klassen van stimuli per cliënt verschilt, hebben wij bij honderden cliënten steeds weer eenzelfde structuur van de gedragsregulatie gevonden. Analyse van klachtenvrij gedrag van mensen met klachten laat dus een consistent

patroon zien, geheel conform de Theorie van de Dominante Actieve Vermijding.

De laatste stap is het toetsen van de bruikbaarheid van het model. Zoals ik in de inleiding reeds heb betoogd, is het niet voldoende als een model het optreden van klachten eenduidig verklaart. Het moet het optreden van de klachten ook kunnen voorspellen. Daarom moet er uit het model een aantal toetsbare voorspellingen worden afgeleid. Het betreft een proces van deductie. Vanuit de Theorie van de Dominante Vermijding veronderstellen wij dat klachten optreden als de gedragsregulatie faalt. En de gedragsregulatie faalt als de voor de cliënt noodzakelijke gedrags-antecedente garantiestimuli afwezig zijn of de gedrags-consequente veiligheidssignalen door bepaalde omgevingscondities niet konden worden geëffectueerd. In die situatie voorspellen wij dus het optreden van klachten. Wij formuleren deze voorspellingen in algemene termen, zodat ze aan inhoudelijk verschillende situaties kunnen worden getoetst. Op het tweede deel van figuur 1 ziet u de voorspellingen over het optreden van klachten bij Johanna. Omdat wij de cliënt niet actief met een bepaalde situatie kunnen confronteren (wij toetsen het model per definitie niet in de therapiesituatie zelf), zijn wij afhankelijk van de rapportage van de cliënt over klachten in zijn bestaan van alledag. Meestal gaat het om spontane rapportage van klachten aan het begin van een therapiezitting. Zoals ik in mijn inleiding al heb verteld, vertelde Johanna wat later in de behandeling een tweede keer over een lange autorit met man en kinderen. De situatie leek sprekend op die van een tijdje daarvoor, maar het was een wereld van verschil geweest. Ook nu reed zij zelf terug naar huis na een bezoek aan hetzelfde familielid. Ook deze keer was het bezoek een succes geweest. Maar tot haar grote schrik kreeg zij geheel onverwachts een flinke paniekaanval. Slechts met veel moeite lukte het haar om door te rijden. Pas een behoorlijke tijd later knapte zij weer op. Bij navragen blijkt het volgende. In tegenstelling tot de vorige keer, waarin zij met Kees over diens werkproblemen heeft gepraat, is Kees nu doodmoe, heeft geen zin in een gesprek en probeert een dutje te doen. Ook de kinderen bieden voor haar geen aanknopingspunt. Die zijn verdiept in een boek. De situatie voldoet geheel aan voorspelling categorie 1: verplicht in gezelschap van anderen die er goed aan toe zijn en zichzelf prima kunnen vermaken. Geen van de voor cliënte geldende garantiestimuli was in



die situatie operationeel. Gezien de dominantie van de actieve vermijding moest haar gedragsregulatie in die situatie dus wel falen. Het is dan ook heel goed te begrijpen, dat haar klachten even plotseling en voor haarzelf onbegrijpelijk weer verdwenen als zij verschenen zijn: toen haar kinderen opeens gingen ruziën en zij haar huilende dochter troosten moest. Hoezeer de beide autoritten zo op het eerste gezicht ook op elkaar leken, vanuit het perspectief van de gedragsregulatie, i.c. de aanwezigheid van regulerende stimuli, zijn de beide situaties inderdaad een wereld van verschil. Met het model in de hand, heeft deze therapeut zich geen moment verbaasd: het was voor hem volkomen helder en vanzelfsprekend.

Ik wil nu eindigen met mijn conclusie. Als een individuspecifiek model van de regulatie van het succesvolle gedrag een aantal van dergelijke toetsingen heeft doorstaan, beschikt de therapeut over een dus betrouwbaar stuk gereedschap. Niet alleen kan hij het optreden van klachten voortaan steeds haarscherp plaatsen. Hij kan ook voorspellen onder welke omstandigheden de cliënt naar eigen tevredenheid zal functioneren. Dat zijn namelijk alle gevallen waarin tenminste één van de gespecificeerde garantiestimuli aanwezig is. Dat maakt het bijvoorbeeld mogelijk de selectie en de uitvoering van behandelprocedures nauwkeurig op deze specifieke cliënt af te stemmen. Maar tegelijkertijd verstevigt iedere nieuwe, congruente toetsing van een zo'n individuspecifiek model de positie van de theorie, waarop de modellen zijn gebaseerd. Zoals ook nu nog iedere nieuwe, congruente meting van de snelheid en baan van een vallend voorwerp de wet van de zwaartekracht weer adstrueert, ook al zal er wel niemand meer zijn die de bruikbaarheid van die theorie nog in twijfel trekt. Door de talloze congruente replicaties is statistische evidentie niet meer nodig (Carver, R. P., 1978; Sidman, M., 1952; Sidman, M., 1960). In de afgelopen tien jaar zijn door enkele tientallen therapeuten honderden individuspecifieke modellen van gedragsregulatie getoetst en keer op keer bruikbaar bevonden. De Theorie van de Dominante Actieve Vermijding is daarmee 'evidence based'. De verklaring voor het optreden van klachten is eenduidig. De voorspellingen van klachten zijn exact. Aan criteria voor een bruikbare theorie, namelijk 'verklaren' en 'voorspellen' is voldaan. Maar ook het derde criterium, 'beheersen', wordt, zo blijkt in de therapiepraktijk, behaald. De gebruikswaarde van Theorie van de Dominante

Actieve Vermijding is ook bij het behandelen van klachten aanzienlijk, maar dat valt buiten het bestek van deze lezing. Niets zo praktisch dus als een *bruikbare* theorie, om het congressthema maar eens te verfijnen!

### Referenties

- Bakker-de Pree, B. J. (1984). De rijkdom van de leertheorie in de constructionele gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 17, 179-197.
- Bakker-de Pree, B. J. (1987). *Constructionele gedragstherapie. Theoretische fundering en praktische realisering*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- Barlow, D. H. (1980). Behavior therapy: the next decade. *Behavior Therapy*, 11, 315-328.
- Carver, R. P. (1978). The case against statistical significance testing. *Harvard Educational Review*, 48, 378-399.
- Cronbach, L. J. (1957). The two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 12, 671-684.
- Hugdahl, K. & Öst, L.-G. (1981). On the difference between statistical and clinical significance. *Behavioral Assessment*, 2, 289-295.
- Kazdin, A. E. & Wilson, G. T. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*.
- Linschoten, J. (1964). *Idolen van de psycholoog*. Utrecht: Bijleveld.
- Sidman, M. (1952). A note on functional relations obtained from group data. *Psychological Bulletin*, 49, 263-269.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. New York: Basic Books inc.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. New York: D. Appleton-Century Company, incorporated.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.