



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Gedragstherapeutische behandeling van een sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënt

'Tegenstanders van token economy weten er weinig van, voorstanders helaas ook.' (Maria Wolterinck, 1986)

Sluitstuk van de opleiding tot cognitief gedragstherapeut bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT) is sinds jaar en dag het uitvoeren en verslagleggen van de zogenaamde 'N=1'. Het betreft een geanonimiseerde gevalsstudie van doorgaans enkele tientallen pagina's, waarin het gedragstherapeutisch proces volgens de regels der kunst (dus inclusief onder meer functie- en betekenisanalyses, holistische theorie en systematische metingen) volledig wordt doorlopen. De VGCT beschikt over een archief met grof geschat ruim drieduizend van deze gevalsstudies, die tezamen een historisch waardevolle neerslag vormen van vijftig jaar (cognitief) gedragstherapeutisch denken en doen in Nederland.

De VGCT is in 2015 een project gestart om de ontsluitbaarheid van dit archief te vergroten door de gevalsstudies te digitaliseren en doorzoekbaar te maken. Samen met Pier Prins en Joop Bosch hebben wij parallel daaraan het initiatief genomen om uit dit archief een gevarieerde bloemlezing van fraaie en instructieve gevalsstudies samen te stellen, die dit najaar verschijnt bij Boom uitgevers Amsterdam. Dit artikel is daaruit een voorpublicatie.

Bij het selecteren van de gevalsstudies voor genoemd boek werden wij opvallend vaak geattendeerd op gevalsstudies waarin sprake is van zwakbegaafdheid en al dan niet van een licht verstandelijke beperking (LVB). Daar is een aantal verklaringen voor. Ten eerste komen zwakbegaafdheid (IQ van 70 tot 85) en verstandelijke beperking (IQ van 50 tot 70) vaak voor. Alleen al het aantal jeugdigen (0 tot 18 jaar) met een van deze beperkingen wordt door de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra geschat (en waarschijnlijk onderschat) op 450.000, zo'n 15% van alle Nederlandse jeugdigen. Ten tweede hebben zwakbegaafde en verstandelijk beperkte mensen vaker dan anderen te kampen met psychosociale problematiek, waaronder psychiatrische stoornissen. Zo werd bij 30% tot 50% van de jongeren met een LVB een psychiatrische stoornis vastgesteld, zo'n drie- tot vijfmaal vaker dan in de algemene

populatie (Došen, Gardner, Griffiths, King, & Lapointe, 2008). Dat laatste is niet verwonderlijk, gezien de risico's waaraan verstandelijk beperkten worden blootgesteld en hun beperkte vermogens om daarmee om te gaan. Ten derde leent cognitieve gedragstherapie zich door haar concrete en gestructureerde aanpak goed voor deze doelgroep.

Dit artikel is een (lichte) bewerking van een van de hoofdstukken uit genoemd boek. Het beschrijft de gedragstherapeutische behandeling door Maria Wolterinck (gesuperviseerd door Gerrit Nevenzeel) van een destijds (in 1986) zogeheten 'sterk gedragsgestoorde en agressieve' patiënt. Van de patiënt wordt slechts gezegd dat bij zijn eerste opname in 1957, op zeventienjarige leeftijd, de diagnose 'propf-schizofrenie' is gesteld, een verouderde term voor een 'psychische stoornis bij zwakzinnigen, waarbij sprake kan zijn van het verkeerd interpreteren van gebeurtenissen of het zien of horen van iets dat niet bestaat' (www.dokterdokter.nl, 29 november 2016). Hoewel er verder nauwelijks melding van wordt gemaakt, doet de gevalstudie sterk vermoeden dat bij deze patiënt tevens sprake is van een tamelijk ernstige verstandelijke beperking.

De betreffende gevalstudie is om een aantal redenen inhoudelijk interessant. Aangenomen dat er inderdaad sprake is van een verstandelijke beperking, illustreert de gevalstudie ten eerste de hierboven al genoemde geschiktheid van gedragstherapie voor patiënten bij wie deze problematiek een rol speelt.

Een tweede interessant aspect van deze gevalstudie is de onwilligheid van de patiënt om aan zijn gedwongen behandeling mee te werken. Het is deze onwilligheid die mede ten grondslag ligt aan de keuze (of misschien beter: aan de noodzaak) van de behandelaar voor de specifieke gedragstherapeutische procedure die wordt toegepast, te weten de *token economy*. Motiverende gespreksvoering werd pas voor het eerst beschreven in 1983 en behoorde als zodanig in 1986 waarschijnlijk nog niet tot het (pre)therapeutische arsenaal van de gemiddelde behandelaar. Interessant is daarom dat de *token economy* in deze gevalstudie ook zonder planmatige motiverende technieken tot indrukwekkende en overtuigende resultaten leidt. Men zou kunnen aanvoeren dat gedragsverandering na motiveerende gespreksvoering 'echter' of 'intrinsieker' is dan gedragsverandering in reactie op een *token economy*, maar dat is maar zeer de vraag. Gedragsverandering in reactie op een weliswaar externe *token economy* is immers niet synoniem met extrinsiek gemotiveerde verandering. Het is onze indruk dat de *token economy* tegenwoordig als ouderwets wordt beschouwd en om onduidelijke redenen nog slechts sporadisch wordt toegepast. Mogelijk ten onrechte.

Ten derde valt de gevalstudie op door haar sterke design, zeker in vergelijking met de gemiddelde meer tegenwoordige gevalstudie in het VGCT-archief. Er is sprake van een heldere fasering van de behandeling, waarbij elke fase zich richt op een nieuw doelgedrag. De wekelijkse metingen gedurende de baseline en de behandeling maken het mogelijk het effect van de interventies op de diverse doelgedragingen te evalueren.

Ten slotte springt deze gevalstudie in het oog als een fraai voorbeeld van gedragstherapie middels mediatie door een groot aantal steeds wisselende verpleegkundigen: maar liefst zo'n zeventig per jaar. Er is veel aandacht voor de organisatorische aspecten die nodig zijn om een mediatiebehandeling in een dergelijke complexe setting tot een succes te maken, met positieve effecten op zowel de patiënt als op het team en de organisatie. Daarbij zij gezegd dat vooral de taxatie (functieanalyse en holistische theorie) van het 'probleemgedrag' van het personeel goed is uitgewerkt, terwijl de uitvoering en de evaluatie uitgebreider beschreven hadden kunnen worden.

DE PATIËNT

Deze gevalstudie beschrijft de gedragstherapeutische behandeling van een 46-jarige man (we noemen hem Geert) die is opgenomen op een afdeling voor langdurig verblijf van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Geert is sinds 1957 bijna continu opgenomen geweest op een gesloten unit voor tien mannen met ernstige gedragsstoornissen. Het personeel en zijn medepatiënten ervaren hem als zeer problematisch. Men weet niet wat met hem te beginnen. Van Geert zelf gaat geen hulpvraag uit. Op de afdeling zijn twintig gediplomeerde en leerling-B-verpleegkundigen werkzaam in wisseldienst. In de dagelijkse omgang krijgt Geert met ongeveer zeventig verschillende verpleegkundigen per jaar te maken. Hij brengt zes uur van de dag door op bezigheidstherapie. De huidige problemen bij Geert zijn:

- ▶ agressie naar anderen of naar zichzelf, zoals zichzelf verwonden met zijn vuisten en anderen schoppen en slaan;
- ▶ vernielen van materialen zoals wastafels, kleding scheuren en wc's verstoppert met handdoeken;
- ▶ vervelend gedrag, zoals in billen en borsten knijpen, koffie stelen en medepatiënten uitdagen;
- ▶ slechte zelfverzorging;
- ▶ zichzelf niet kunnen vermaken.

Geert wordt gerekend tot de categorie Sterk Gedragsgestoorde en Agressieve (SGA-)patiënten. Vanaf het moment van opname tot heden wordt hij omschreven als zeer moeilijk. Verpleging met rechterlijke machtiging wordt noodzakelijk geacht. Tijdens de 29 jaar opname vertoont hij een scala aan probleemgedrag: smeren met feces, weglopen, onbedwingbare vernielzucht, kleding scheuren, weerloze patiënten stiekem slaan (met als gevolg letsel), homofiele handelingen bij medepatiënten, brillen en andere voorwerpen door het toilet spoelen, brandstichting, masturberen tot bloedens toe, muren bekladden, zichzelf slaan, handtastelijkheid naar de verpleging, schelden, vloeken, dwanghandelingen en grimassen. Hij wordt diverse malen door de politie teruggebracht en zit dan handenwrijvend te lachen. Hij is niet schuld bewust en wordt omschreven als onberekenbaar. Enige emotie over zijn daden is niet te bespeuren. Contact met anderen is miniem, nog nooit is geconstateerd dat hij iets voor anderen overheeft. Hij heeft een groot verlangen naar koffie en doet er alles voor om het te krijgen. Tijdens zijn opname zijn zeer veel soorten medicatie (waaronder diverse soorten neuroleptica en homeopathische middelen) zonder effect toegepast. Verschillende gedragsbeïnvloedende programma's (waaronder tokeneconomy-programma's en straf), acupunctuur en separatie sorteren ook geen effect.

De hulpvraag komt vanuit het team waarin de auteur van deze gevalsstudie werkzaam is. Ondanks een eerder ingesteld behandelplan, waarin met bekrachtigers en straf gewerkt wordt, verbetert het gedrag van Geert niet en wordt de situatie onhoudbaar voor personeel en medepatiënten. Het blijkt dat de verpleging het behandelplan niet uitvoert, tegenstrijdig handelt en steeds nieuwe manieren verzint om met deze lastige patiënt om te gaan.

Deze algemene beschrijving illustreert het chronische karakter van Geerts zeer problematische gedrag en ondersteunt het vermoeden van een ernstige verstandelijke beperking. Alsof zijn gedrag op zichzelf nog niet problematisch genoeg is, is er ook sprake van een aantal organisatorische aspecten die de behandeling bemoeilijken, zoals het grote aantal steeds wisselende medewerkers. Dit maakt het lastig het probleemgedrag consistent te benaderen, waardoor het niet alleen niet of onvoldoende afneemt, maar mogelijk zelfs toeneemt.

In de 'Nadere informatie over de patiënt' uit de gevalsstudie viel ons een aantal passages op. In Geerts vroege leergeschiedenis komen factoren naar voren die een voorbode lijken van de latere problematiek. Al op jonge leeftijd was hij gewend zijn zin te krijgen

en eiste hij dat ook op. Zijn beschreven problemen op school passen bij iemand met een verstandelijke beperking.

Geert kan op de lagere school niet meekomen. Hij gaat daarom naar een school voor hoofdelijk (= individueel) onderwijs. Ook daar gaat het niet. Hij heeft geen vrienden en is altijd zeer schuw. Hij wordt door en door verwend en is erg ondeugend. Hij loopt weg en draait bijvoorbeeld het gas uit onder de kookpannen. Geert mag daar niet op aangesproken worden. Als hij in het dorp wat uithaalt, wordt dit snel en discreet afgehandeld en bedekt met de mantel der liefde. In de opvoeding worden geen grenzen gesteld. Er wordt geen taak gesteld en zijn ondeugende gedrag wordt getolereerd. Aan zijn 'buitensporige' wensen wordt toegegeven; knechten van zijn vader brengen hem bijvoorbeeld met de auto naar school (rond 1950!).

De laatste jaren voorafgaand aan de opname wordt Geert steeds asociaal. Hij pleegt inbraakjes en gaat met een gestolen auto naar een naburig dorp. Hij ziet het verkeerde hiervan niet in. Hij is thuis niet meer te handhaven: hij vernielt kleding en andere dingen, is mutistisch, grimasseert en loopt 's nachts weg. Ook is er sprake van dwanghandelingen. De ouders zien hem naar de ogen en zijn trots op de dingen die hij nog wel kan presteren. Geert is 17 jaar als hij in 1957 voor de eerste keer in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen. De diagnose wordt dan gesteld op profschizofrenie.

DIAGNOSTIEK EN ASSESSMENT

Zoals hierboven is gebleken, ervaren de behandelaars de therapie niet alleen als moeilijk en zwaar (wat op zichzelf niet verwonderlijk is), maar houden zij met hun eigen 'probleemgedrag' het probleemgedrag van Geert deels zelf in stand en verergeren zij het zelfs. De gevalstudie vermeldt dat er om deze reden functieanalyses en holistische theorieën van het probleemgedrag van zowel Geert als de verpleging zijn opgesteld.

In dit geval is er sprake van ongewenst gedrag bij Geert, maar ook bij de verpleging (B-verpleegkundigen, leerling-B-verpleegkundigen en stagiaires). Daarom is een functieanalyse gemaakt van het ongewenste gedrag van zowel Geert als de verpleging. Bij beide analyses is, uit meerdere ongewenste gedragingen, voor de respons (R) gekozen waarbij alle bekrachtigers (C1, C2, enzovoort) tevoorschijn komen die het ongewenste gedrag in stand houden.

Interessant aan de functieanalyses is dat elke consequentie direct wordt gekoppeld aan één of meerdere therapeutische maatregelen (een klassieke gedragstherapeutische term) die daar logisch uit voortvloeien. Van het probleemgedrag van de verpleging worden twee functieanalyses beschreven.

FUNCTIEANALYSE VAN HET GEDRAG VAN GEERT

- S: Geert is op de gesloten bezigheidstherapie. De tuindeur staat per ongeluk op een kier.
- R: Geert loopt snel naar de deur, klimt over de schutting, loopt direct naar de keuken van een naburige afdeling en drinkt daar de koffiekkan leeg.
- C1: Geert drinkt een flinke hoeveelheid koffie op. (+S+)
- T1: Ervoor zorg dragen met behulp van praktische afspraken dat de mate van vrijheid beperkt is. Te veel vrijheid leidt tot volstrekt ongecontroleerd gedrag. Door ervoor te zorgen dat hij een aantal vervelende dingen niet kan doen, wordt bekrachtiging van ongewenst gedrag voorkomen.
- C2: Er vindt een gevecht plaats om de koffiekkan. (+S+)
- T2: Snel hulp bieden. Gevecht snel beëindigen. Komt ongewenst gedrag voor, dan de bekrachtiging (= aandacht) tot het allernoodzakelijkste beperken.
- C3: Er is onrust en spanning op de betrokken afdeling. Personeel en patiënten schrikken. (+S+)
- T3: Idem T1.
- C4: Eigen verpleging verschijnt op betrokken afdeling. Veel aandacht voor Geert. (+S+)
- T4.1: Idem T2.
- T4.2: Conditie scheppen zodat Geert bij gewenst gedrag dezelfde aandacht krijgt op de afdeling. Gewenst gedrag zéér consequent bekrachtigen.
- T4.3: Ongewenst gedrag bestraffen door Geert dingen te laten uitvoeren waaraan hij een hekel heeft.
- C5: Hij ontvlucht nare bezigheidstherapie. Verveling en rondlopen houden op. (-S-)
- T5: Geert activiteiten aanleren om zichzelf te vermaken, laten ontdekken dat bezig zijn plezier geeft. Dit gewenste gedrag zéér consequent bekrachtigen.
- C6: Naderhand, als de scène achter de rug is, tonen de verpleegkundigen zich 'boos', 'verdrietig' en spreken de zaak uitvoerig met hem door: 'Waarom doe je ons dit aan?' Geert krijgt veel negatieve aandacht. (+S+)
- T6: Idem T2 en T4.2 en T4.3.

FUNCTIEANALYSE VAN HET GEDRAG VAN DE VERPLEGING

- S: Geert moet in bad.
- R: Sommige verpleegkundigen die wel goed op de hoogte zijn van de afspraken, voeren de behandelplanafspraken toch niet uit. Bekrachtigers worden gratis gegeven, er worden extraatjes beloofd die andere patiënten niet krijgen: Geert mag eerder naar bed, krijgt een sigaret of koffie in bad.
- CI: Geert gaat zonder problemen in bad. (+S+)
- TI.1: Zorgen dat álle verpleegkundigen consequent en eenduidig de afspraken uitvoeren: afgesproken gewenst gedrag bekrachtigen volgens plan en ongewenst gedrag niet bekrachtigen. Opheffen van een inconsequente en tegenstrijdige manier van werken.
- TI.2: Aanleren dat verpleegkundigen signaleren dat er tegenstrijdig gewerkt wordt. Hun leren elkaar te corrigeren.
- TI.3: De bovengenoemde therapeutische maatregelen worden uitgevoerd door middel van individuele gesprekken met de verpleging, methodiekbesprekingen en rollenspelen waarin de functieanalyse, de holistische theorie en het behandelplan uitgelegd worden. De gedragstherapeut houdt de verpleging voor dat ze nooit iets bereiken als ze zo doorgaan. Zij specificeert de contingenties: het gevolg is dat Geert bij de volgende verpleegkundige nog vervelender is. Geert heeft geleerd meer recht te hebben op extra dingen dan anderen.
- C2: Verpleging krijgt genegenheid van Geert. Hij glimlacht, is vriendelijk, is lief, knipoogt met zijn mooie bruine ogen. Hij kletst lekker, vertelt verhalen over vroeger. (+S+)
- T2: Verpleging 'emotioneel onafhankelijk' maken van Geert, dat wil zeggen verpleging dient haar stemming niet af te laten hangen van het gedrag van Geert.
- C3: Geert blijft rest van de dienst rustig. Hij wordt niet boos, gaat geen dingen vernielen. Unit blijft rustig. Er treedt geen escalatie op. (-S-)
- T3: Idem voorafgaande T's.
- C4: Verpleging faalt niet in de ogen van collega's want ze hebben de unit rustig gehouden. (+S+)
- T4: Idem voorafgaande T's.
- C5: Opluchting bij de verpleging nu ze Geert iets toegestopt hebben. Het langdurige verblijf op de gesloten unit wordt zo wat 'aangener' voor Geert. Verpleging vindt hem minder zielig. (-S-)
- T5: Vergiftigen. (Hiermee wordt waarschijnlijk bedoeld: duidelijk maken dat deze 'aangename' consequenties van het

‘probleemgedrag’ van de verpleging slechts van korte duur zijn en niet wijzen op een afname van Geerts probleemgedrag.) Zoals verpleging nu bezig is zal Geert ‘zielig’ blijven.

- S: Geert is vervelend.
- R: Sommige verpleegkundigen voeren nadat Geert ongewenst gedrag heeft vertoond uitvoerige gesprekken met hem. De gesprekken handelen over de dood van zijn moeder en het trieste bestaan van Geert op de gesloten unit. Ongewenst gedrag wordt bekrachtigd met aandacht.
- CI: Deze verpleegkundigen zijn voor hun gevoel ‘therapeutisch’ bezig door te praten over de door hen vermoede oorzaak van het ongewenst gedrag. (+S+)
- T1.1: Vervelend gedrag niet laten bekrachtigen door aandacht. De gesprekken stoppen. Aandacht geven bij gewenst gedrag. Verpleging laten handelen volgens de instructies.
- T1.2: De attitude van de verpleging omvormen. Verpleging een ander beeld bijbrengen van een ‘goede’ verpleegkundige.
- C2: Deze verpleegkundigen voldoen hiermee aan hun eigen wens niet mee te werken aan het huidige therapieplan. Geert heeft ‘rouwtherapie’ nodig en zij voeren deze uit. (+S+)
- T2.1: De verpleegkundigen die niet mee willen werken, negeren.
- T2.2: Met het management overleggen wat er met de betreffende verpleegkundigen gebeuren moet.

De gevalstudie geeft vervolgens de volgende holistische theorie van het probleemgedrag van zowel Geert als de verpleging. Dat is opvallend, omdat de holistische theorie (en op basis daarvan de probleemkeuze) meestal voorafgaat aan de functieanalyse en de eventuele betekenisanalyse.

HOLISTISCHE THEORIE VAN HET GEDRAG VAN GEERT

Van jongs af aan is Geert steeds enorm verwend door zijn ouders en zijn omgeving. Hij krijgt in alles zijn zin. Krijgt hij zijn zin niet, dan kan hij heel lang zeuren en zich vervelend gedragen, net zo lang tot hij zijn zin krijgt. Er wordt nooit iets van hem geëist en er worden geen grenzen gesteld. Centraal staat dat Geert niet geleerd heeft zijn behoeften uit te stellen. Hij heeft niet geleerd zich ergens voor in te zetten en rekening te houden met anderen. Hij heeft ook niet geleerd door aangepast gedrag zijn verlangens te bevredigen. Wel heeft hij geleerd dat als hij belemmerd wordt in het bevredigen van zijn behoeften, vervelend gedrag snel resultaat geeft. De omgeving wordt dan wel gedwongen om toe te ge-

ven. Enkele voorbeelden van dit egocentrische en tirannieke gedrag zijn:

- ▶ het lichamelijk agressief zijn naar anderen, bijvoorbeeld slaan en schoppen;
- ▶ het vernielen van materialen, zoals het scheuren van kleding en het vernielen van wasbakken;
- ▶ het pesten van anderen, zoals het wegpakken van koffie en provoceren door uitdagend naakt rond te lopen of door te schelden.

Het gevolg is een snelle, tamelijk moeiteloze bevrediging van een aantal belangrijke behoeften zoals eten, drinken en aandacht (+S+'s). Op langere termijn geeft het de patiënt geen voldoening (-S+) en veel afwijzing (+S-). Er bestaat een chronisch gevoel van ontevredenheid, eenzaamheid, verdriet, verveling, depressie en de patiënt ervaart het leven als zinloos.

Vanuit deze aversieve toestand wordt een uitweg gezocht in meer van hetzelfde. Geert doet dit door middel van het enige wat hij geleerd heeft: meer vernielingen, meer agressie en meer plagerijen. Een van de andere uitwegen is het zoeken naar extreme prikkeling door zichzelf te injecteren of door tot bloedens toe te masturberen. Al deze uitwegen geven hoogstens een kortdurende verlichting. Zij vergroten op langere termijn het complex van onlustgevoelens. Hij raakt verzeild in een vicieuze cirkel.

HOLISTISCHE THEORIE VAN HET GEDRAG VAN DE VERPLEGING

Centraal bij de verpleging staat de angst om in conflict te komen met deze lastige patiënt, die een meester is in het aannemen van een aan hulp en medelijden appellerende houding. De verpleging is voortdurend bezig om het Geert naar de zin te maken door hem te verwennen door de afspraken van het behandelplan niet uit te voeren en door steeds iets nieuws te verzinnen. Men denkt niet na over de gevolgen op langere termijn. Er wordt inconsequent en tegenstrijdig gewerkt. Op kortere termijn vertoont Geert geen ongewenst gedrag en krijgt de verpleging genegenheid van hem. Op langere termijn wordt Geert als zijn behoeften niet bevredigd worden echter steeds veeleisender in zijn vervelende gedrag. Het gevolg is dat hij, en niet de verpleging de regie in handen heeft. Geert doet dit door zijn eisen kracht bij te zetten door steeds nieuw ongewenst gedrag te verzinnen. De verpleging wordt machteloos, boos en verdrietig en bedenkt steeds nieuwe manieren om met hem om te gaan. Dit leidt tot een cu-

mulatie van afspraken, wat onduidelijkheid en verwarring veroorzaakt. Hierdoor wordt het tegenstrijdige en inconsequente handelen in stand gehouden.

BEHANDELPLAN

Zoals gezegd beschrijft de gevalsstudie een gedragstherapie middels mediatie. Het probleemgedrag van Geert wordt niet direct behandeld, maar indirect door het veranderen van het in stand houdende probleemgedrag van de verpleging. Er worden dan twee aparte interventieplannen gemaakt. Voor de behandeling van Geert worden de volgende doelen geformuleerd:

- 1 Stoppen van het ongewenste gedrag, zoals de lichamelijke agressie en het vernielen van materialen.
- 2 Aanleren van het gewenste gedrag, zoals zichzelf vermaken, anderen helpen en een goede zelfverzorging. (Op het moment dat de behandeling zich richt op het verbeteren van de zelfverzorging (fase 3), is dit gewenste gedrag al zodanig verbeterd dat interventie niet meer nodig is. Dit verklaart waarschijnlijk dat dit behandeldoel in de originele gevalsstudie verder niet meer ter sprake komt.)

Een sterk punt van de behandeling is dat de interventies volgen op een baselinemeting, hoewel niet duidelijk wordt waarom deze baseline zo ongebruikelijk lang is (maar liefst vijf maanden), zeker gezien de stabiliteit van het probleemgedrag. In deze periode wordt de frequentie van drie ongewenste ('agressie', 'vernielingen' en 'ander storend gedrag') en twee gewenste ('anderen helpen' en 'zichzelf vermaken') doelgedragingen gedurende de lopende, onvolgende effectieve behandeling in kaart gebracht. Het effect van de nieuwe interventies kan zo tegen de baseline worden afgezet. De auteur geeft aan dat de doelgedragingen in feite verzamelingen zijn van een veel groter aantal meer concrete gedragingen: er zijn bijvoorbeeld zo'n veertig concrete ongewenste gedragingen.

De behandeling richt zich eerst op de ongewenste gedragingen (fase 2), omdat die de omgeving (medepatiënten en personeel) veel last bezorgen en het nauwst aansluiten bij de hulpvraag van de omgeving om dit ongewenste gedrag te stoppen. Pas wanneer de doelen ten aanzien van dit ongewenste gedrag bereikt zijn (fase 2), richt de behandeling zich — met gebruikmaking van dezelfde therapeutische maatregelen (zie onder) — op de gewenste gedragingen (fase 3). In het verslag wordt dit als volgt samengevat:

De beschreven N=1-studie bevat een viertal onderdelen en in totaal 73 sessies.

Baseline (6-8-1984 t/m 30-12-1984)

Fase 1 (sessies 1 tot en met 10, 31-12-1984 tot en met 13-3-1985):

Exploratie, functieanalyse, holistische theorie, behandelplan en behandeldoelen opstellen

Fase 2 (sessies 11 tot en met 33, 14-3-1985 tot en met 17-9-1985):

Bijstelling holistische theorie, behandeling van agressie, vernieuwen en ander storend gedrag

Fase 3 (sessies 34 tot en met 73, 18-9-1985 tot en met 22-6-1986):

Behandeling om te leren zichzelf te vermaken en anderen te helpen

In de gevalsstudie worden de overwegingen beschreven bij de keuze voor mediatietherapie als algemene behandelstrategie:

De eerste stap in de strategie is het uitkiezen van de soort therapie. De meest aangewezen vorm van therapie is de mediatietherapie.

Definitie

Mediatietherapie is het betrekken van de directe 'omgeving' bij de behandeling van de patiënt. De omgeving (partner, ouders en verpleegkundigen) wordt ingeschakeld als intermediair tussen de therapeut en de patiënt. Er bestaat geen directe therapeut-patiëntrelatie. Hierbij gaan we ervan uit dat gedragsproblemen voor een groot deel door de omgeving bepaald zijn.

Motivering

De mediatietherapie is gekozen om de volgende redenen:

- ▶ Van Geert gaat geen hulpvraag uit, de hulpvraag komt vanuit de omgeving, die hem als zeer storend ervaart en niet weet wat met hem te beginnen.
- ▶ Geert is noch bereid noch in staat om mee te werken aan welke vorm van therapie dan ook.
- ▶ Ze biedt de mogelijkheid de verpleging het juiste gedrag aan te leren.
- ▶ Deze therapie is geschikt om langdurig vol te houden. Gelet op Geerts zeer gebrekkige ontwikkeling valt te voorzien dat hij zijn leven lang behandeling nodig zal hebben.

Werkwijze

In de consultatieve triade tussen therapeut, mediators en patiënt ontvangen de mediators (in deze casus de verpleegkundi-

gen) instructies over de wijze waarop zij het gedrag van de patiënt adequater en effectiever kunnen beïnvloeden. Gedragsveranderingen bij de mediators zijn een voorwaarde voor het bewerkstelligen van gedragsveranderingen bij de patiënt. Het is duidelijk dat binnen dit triadische behandelingsmodel de patiënt het primaire doel van behandeling blijft.

De gevalstudie vervolgt de beschrijving van het behandelplan met een samenvatting van de therapeutische maatregelen die al werden beschreven in de functieanalyse van het gedrag van Geert, waarmee zowel de ongewenste als de gewenste doelgedragingen behandeld worden.

- ▶ Gewenst gedrag moet zeer consequent bekrachtigd worden met behulp van primaire en secundaire *reinforcers*.
- ▶ Ongewenst gedrag moet zeer consequent niet bekrachtigd worden (aandacht, sensatie, koffie), tenzij het ter bescherming van de omgeving noodzakelijk is. In elk geval moet met behulp van praktische afspraken voorkomen worden dat de omgeving gedwongen wordt om toe te geven bij vervelend gedrag.
- ▶ Ongewenst gedrag bestraffen. De straf bestaat uit het doen van nuttige dingen waar Geert een hekel aan heeft, zoals het fietsen op de hometrainer en huishoudelijk werk. De straf moet zodanig uitgekozen en uitgevoerd worden dat er geen bekrachtiging aanwezig is.

Achtereenvolgens betreffen deze therapeutische maatregelen dus de eerdergenoemde token economy, extinctie en straf. In de gevalstudie wordt de toepassing van deze maatregelen specifiek voor Geert nader uitgewerkt. Wij geven deze uitwerking hieronder weer, omdat ze een fraaie illustratie vormt van de ernst van Geerts gedragsproblematiek, de zorgvuldigheid van de overwegingen die aan de maatregelen ten grondslag liggen en de precisie waarmee de maatregelen geformuleerd en toegepast dienen te worden.

TOKEN ECONOMY

Bij Geert wordt de token economy als volgt uitgevoerd:

- ▶ Er worden afspraken gemaakt over de hoeveelheid tokens per gewenste reinforcer. Ook wordt afgesproken wanneer en bij wie de tokens ingeleverd kunnen worden. Een extra bekrachtiger (bonus) kan verdiend worden bij langdurig volgehouden gewenst gedrag. De administratie wordt twee keer per dag uitgevoerd; eenmaal door de vroege, eenmaal door de late dienst.

- ▶ Er worden geen tokens uitgedeeld omdat Geert ze hoogstwaarschijnlijk zal verliezen of vernielen. In plaats van tokens te geven, wordt er een lijst opgesteld waarop dagelijks de verdiende tokens worden ingekleurd. Geert heeft elke avond inzage in zijn lijst. Indien mogelijk wordt na verloop van tijd een extra lijst boven zijn bed gehangen. Hij kan het dan ook zelf bijhouden.
- ▶ Reinforcers zijn we op het spoor gekomen door te zoeken naar dingen die Geert graag heeft. In dit geval waren dat koffie, Irish coffee en aandacht van de verpleging. Later komen hierbij het dragen van een horloge en een gebit. In verband met het risico van verlies of vernieling mogen de laatstgenoemde bekrachtigers slechts korte tijd gedragen worden (vijftien minuten). Er wordt een lijst aangelegd van mogelijke andere bekrachtigers.
- ▶ Verpleegkundigen/stafleden hebben zeer verschillende ideeën over de omgang met Geert en zijn problemen. Daarom is stafcoördinatie gewenst en het volgen van gespecificeerde procedures met betrekking tot het observeren van en het omgaan met doelgedrag.
- ▶ In de beginfase is het niet mogelijk met Geert te overleggen. Indien mogelijk worden er afspraken gemaakt om hem in de loop van de tijd te betrekken bij de keuze van de reinforcer en het gewenste doelgedrag.
- ▶ Als Geert meer gewenst gedrag gaat vertonen, worden de eisen geleidelijk aan hoger, door voor dezelfde reinforcer meer tokens te vragen. De nieuwe stappen worden met hem doorgenomen. Dit biedt de mogelijkheid hem te prijzen voor het bereikte, hem aan te spreken op zijn verantwoordelijkheid voor verdere verbetering en ook om de veranderingen aan hem te verantwoorden.

Extinctie

Als procedure refereert extinctie aan het niet langer bekrachtigen van een respons die voordien bekrachtigd werd. Niet-bekrachtigen resulteert in een graduele reductie of een eliminatie van gedrag. Uit de functieanalyse komt naar voren dat ongewenst gedrag bekrachtigd wordt met aandacht en sensatie. Bij Geert wordt extinctie als volgt toegepast:

- ▶ Ongewenst gedrag zeer consequent niet bekrachtigen tenzij het ter bescherming van de omgeving noodzakelijk is om erop te reageren.
- ▶ Wanneer Geert schade toebrengt, moet er ingegrepen worden. Daarom kan extinctie niet als enige methode toegepast wor-

den bij ongewenst gedrag. Bij dergelijk gedrag volgt straf, zoals in de volgende paragraaf wordt uiteengezet.

Straf

We kennen twee vormen van straf: positieve straf (het aanbieden van iets onprettigs) en negatieve straf (het wegnemen van iets prettigs of de mogelijkheid iets prettigs te verkrijgen). Bij Geert is, naast bekrachtiging en extinctie, gekozen voor het toepassen van straf. Het alleen toepassen van *reinforcement* en extinctie (het negeren van ongewenst gedrag) is niet altijd haalbaar, omdat Geert zodanig destructief gedrag vertoont dat er ingegrepen moet worden ter bescherming van de omgeving. Er is voor positieve straf gekozen omdat negatieve straf, in de vorm van een time-out, geen effect sorteerde. Uit de literatuur blijkt bovendien dat het toepassen van strafprocedures *sec af te raden* is en alleen in combinatie met bekrachtiging aan te bevelen is. Bij Geert wordt het straffen als volgt toegepast:

- ▶ Bij vernielingen en ander storend gedrag wordt Geert bestraft door hem een aantal kilometers te laten fietsen op de home-trainer of, als de hometrainer stuk is, door hem huishoudelijk werk te laten doen.
- ▶ Bij agressie volgt een time-out van een uur vanwege de bescherming van anderen en vanwege de werkwijze van de afdeling (voor iedere patiënt geldt een time-out bij agressie). Deze interventies worden snel en zakelijk en met een minimum aan sociale interactie uitgevoerd. Zo wordt voorkomen dat straf als *reinforcer* kan gaan fungeren. Wanneer het gedrag enkele maanden stabiel is, dat wil zeggen als de behandeldoelen van de tweede fase bereikt zijn, wordt het straffen gestopt en wordt alleen verdergegaan met bekrachtiging en extinctie.

Net als voor de behandeling van Geert wordt ook voor de 'behandeling' (in de gevalstudie terecht 'gedragsmodificatie' genoemd) van de verpleging een aantal behandeldoelen geformuleerd:

- 1 Overwinnen van emotionele weerstanden bij de verpleging, zoals angst voor en emotionele afhankelijkheid van Geert.
- 2 De verpleging een eenduidige en consequente manier van werken aanleren en haar tot uitvoering daarvan motiveren.
- 3 Toepassen van operante principes door de verpleging door kennis- en vaardigheidsinstructie.

Ten aanzien van deze doelen worden de volgende strategieën gevolgd:

WEERSTANDEN

Een veelvoorkomende rationele vorm van weerstand is de verwerping van het determinisme (het niet willen accepteren van een leertheoretische benadering). Als therapeut kan men beter afzien van een discussie hierover en eenvoudig de procedures verklaren.

Deze vorm van weerstand komt voor bij de invoering van de therapie. Op de bezigheidstherapie, waar Geert zes uur per dag verblijft, bestaat rationele weerstand tegen de leertheoretische benadering. Men is van mening dat Geert rouwtherapie nodig heeft om zich te kunnen uiten. Het huidige therapieplan is daarom zinloos. Aan het inventariseren van ongewenst gedrag en het uitvoeren van therapeutische maatregelen wordt weinig medewerking verleend. Gesprekken hierover met de bezigheidstherapeuten zijn zinloos en zijn daarom gestopt. Het probleem dat de bezigheidstherapeuten niet mee willen werken, is in handen gelegd van het management. Wel gaat er elke dag één verpleegkundige mee naar de bezigheidstherapie als begeleiding. Deze voert de afspraken van het plan uit.

Bij sommige verpleegkundigen bestaat er emotionele weerstand, zoals gevoelens van machteloosheid, boosheid of verdriet. Een aantal verpleegkundigen is emotioneel afhankelijk van het gedrag van Geert. Door gesprekken met de verpleegkundigen te voeren, wordt de emotionele weerstand langzaam verminderd.

MOTIVATIE

Goed gemotiveerd personeel is belangrijk bij het leren van operante principes. Immers, het gevolg daarvan is dat zij zelf de veranderingen op gang brengen. De personeelsleden die in de beginsituatie met Geert werkten, waren erg gemotiveerd om hun werkwijze te veranderen. Van hen kwam de hulpvraag. Men zag dat de veranderde werkwijze een positief effect had op het gedrag van Geert. Men zag dat hij erg veranderde. Men was dan ook bereid de nieuwe werkwijze te handhaven en zich te blijven onderwerpen aan gedragsregels.

Op langere termijn is het veel moeilijker de nieuwe werkwijze in stand te houden en om nieuw personeel tot medewerking daaraan te motiveren. Het nieuwe personeel, dat Geert na de veranderingen leerde kennen, ziet veel minder de noodzaak de gedragsinstructies uit te voeren: 'Het gaat toch goed?' Zij willen

graag eigen, nieuwe dingen uitproberen en zeggen dat ze geen standaard verpleegkundige zijn.

Om dit te voorkomen, krijgen alle nieuwe personeelsleden na veertien dagen op de afdeling gewerkt te hebben een gesprek met de gedragstherapeut. In dit gesprek wordt de behandelfilosofie uitgelegd, worden de functieanalyse en de holistische theorie verklaard en wordt naar hun bereidheid gevraagd om mee te werken. Ook het afdelingshoofd, het unithoofd en de vaste verpleegkundigen herhalen en motiveren de huidige werkwijze. Bij de aanname van nieuw personeel is de bereidheid met deze groep chronische patiënten en met de beschreven behandelfilosofie te werken een selectie criterium.

Ook wordt het personeel gemotiveerd door het resultaat van de behandeling. Een andere manier om personeel te motiveren, is de sociale bekrachtiging en materiële bekrachtiging in de vorm van geld. Op deze afdeling worden de verpleegkundigen in het FWC-systeem hoger gesalarieerd. Helaas worden in de literatuur geen onderzoeken beschreven die jaren duren en de problemen behandelen van de langere termijn.

INSTRUCTIE

Bij de instructie van het personeel is gekozen voor gecombineerde technieken, zoals mondelinge instructies (in de vorm van individuele gesprekken) en schriftelijke instructies (in de vorm van het behandelplan en een informatiestencil met negen gouden gedragswijzen; zie de paragraaf 'Besluit' hieronder). Ook is er een aantal methodiekbesprekingen gehouden met rollenspelen en informatieverstrekking over operante technieken. In al deze instructiemethoden staan de functieanalyse, de holistische theorie en de toepassing van operante technieken centraal.

Zoals gezegd in de inleiding van dit artikel is de uitvoering en de evaluatie van de interventies van de verpleging helaas summier. Het verslag vermeldt hierover slechts het volgende:

Bij het evalueren blijkt dat gegevens over het gedrag van Geert veel gemakkelijker te verzamelen zijn dan gegevens over het gedrag van de staf. Patiëntgedrag is echter een toegankelijke en aanvaardbare bron om stafgedrag te beoordelen (Kazdin, 1977). Patiëntgedrag geeft aan of de beïnvloeding van stafgedrag geslaagd is. In de volgende paragraaf wordt het verloop van de therapie beschreven aan de hand van de patiëntresultaten. De werkwijze wordt dus getoetst aan patiëntgegevens.

UITVOERING EN RESULTATEN

Gedurende de behandeling worden veel data verzameld: per week is bekend hoe vaak elk gewenst en ongewenst gedrag is voorgekomen. Het verslag geeft deze data weer in een groot aantal grafieken voor elk gedrag in elke behandel fase. Deze data worden hier samengevat in figuren voor drie ongewenste gedragingen (agressie, vernielingen en overig ongewenst gedrag; figuren 1 tot en met 3) en twee gewenste gedragingen (anderen helpen en zichzelf vermaken; figuren 4 en 5). Samen met de geplande gefaseerde focus op achtereenvolgens de ongewenste en de gewenste gedragingen draagt deze gevalsstudie daarmee in rudimentaire vorm een aantal kenmerken in zich van de latere *single case experimental designs*.

¶ Baseline

In de baselineperiode zijn de gewenste gedragingen geheel afwezig. Over de ongewenste gedragingen stelt de gevalsstudie het volgende:

⋮ Uit de grafieken kan geconcludeerd worden dat er sprake is van
⋮ zeer veel ongewenst gedrag, met name in de categorie ander sto-
⋮ rend gedrag.

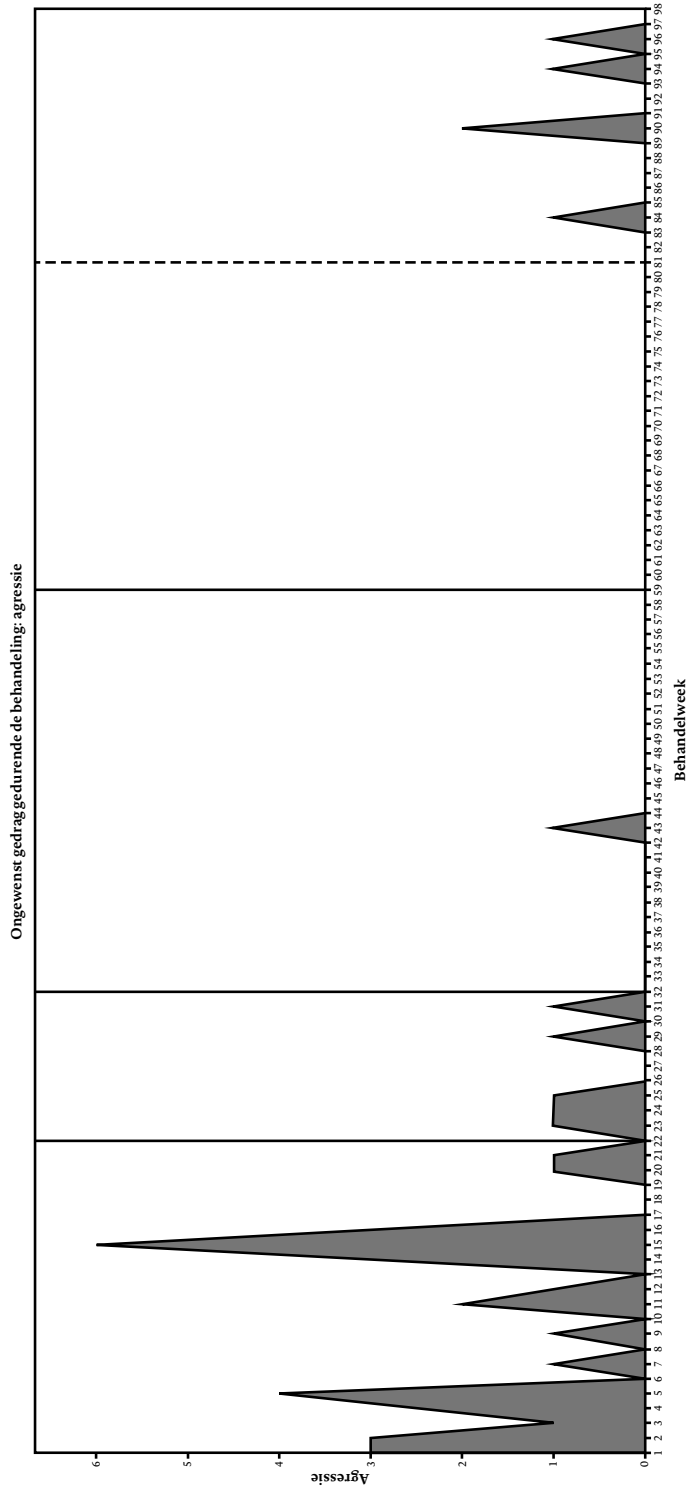
¶ Fase 1

Ook in fase 1 (exploratie, functieanalyse, holistische theorie, behandelplan en behandel doelen opstellen) zijn de gewenste gedragingen nog afwezig. Over de ongewenste gedragingen in deze fase stelt het verslag het volgende:

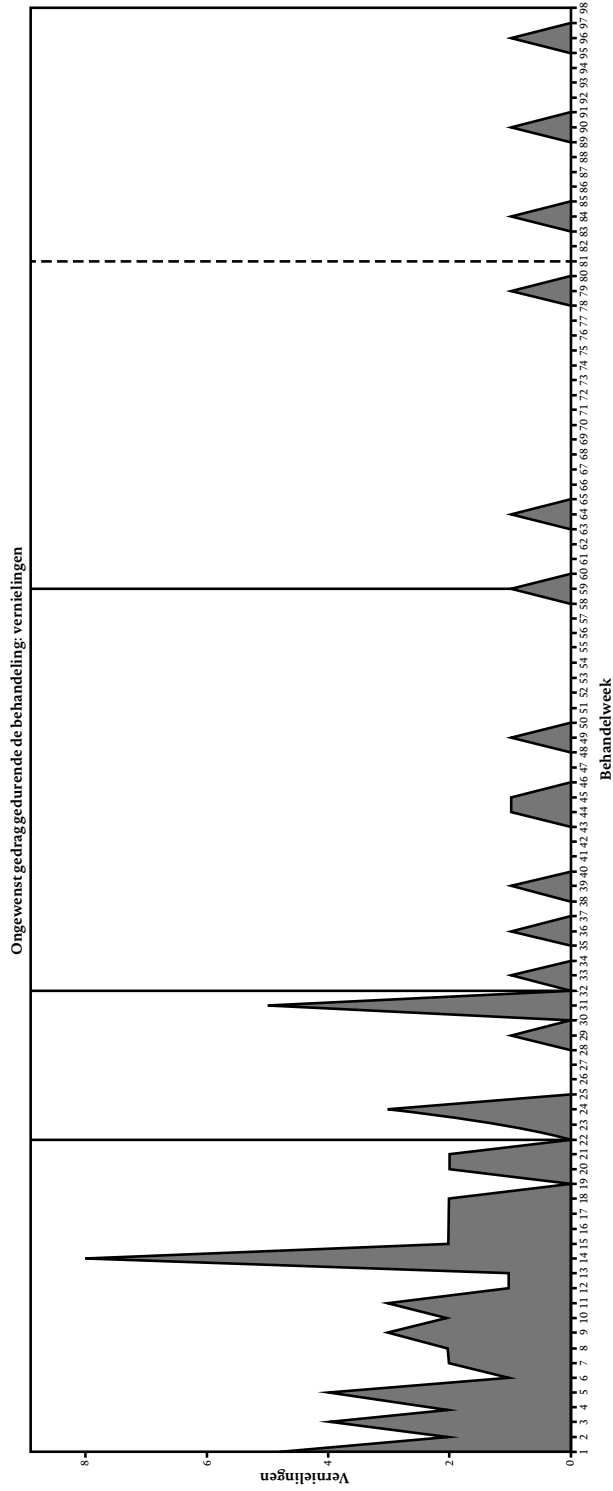
⋮ Er is een opvallende afname van het ongewenste gedrag in alle
⋮ drie de groepen. De frequentie van het ongewenste gedrag is in
⋮ vergelijking met de baseline met 60% afgenomen. De toename in
⋮ behandelweek 21 zouden we kunnen verklaren door de wisseling
⋮ van personeel en de afwezigheid van vast personeel.

De algemene afname van de ongewenste gedragingen is inderdaad opvallend, omdat in fase 1 slechts de voorbereidingen plaatsvinden van de feitelijke interventies in fase 2. Het verslag geeft hiervoor de volgende verklaringen:

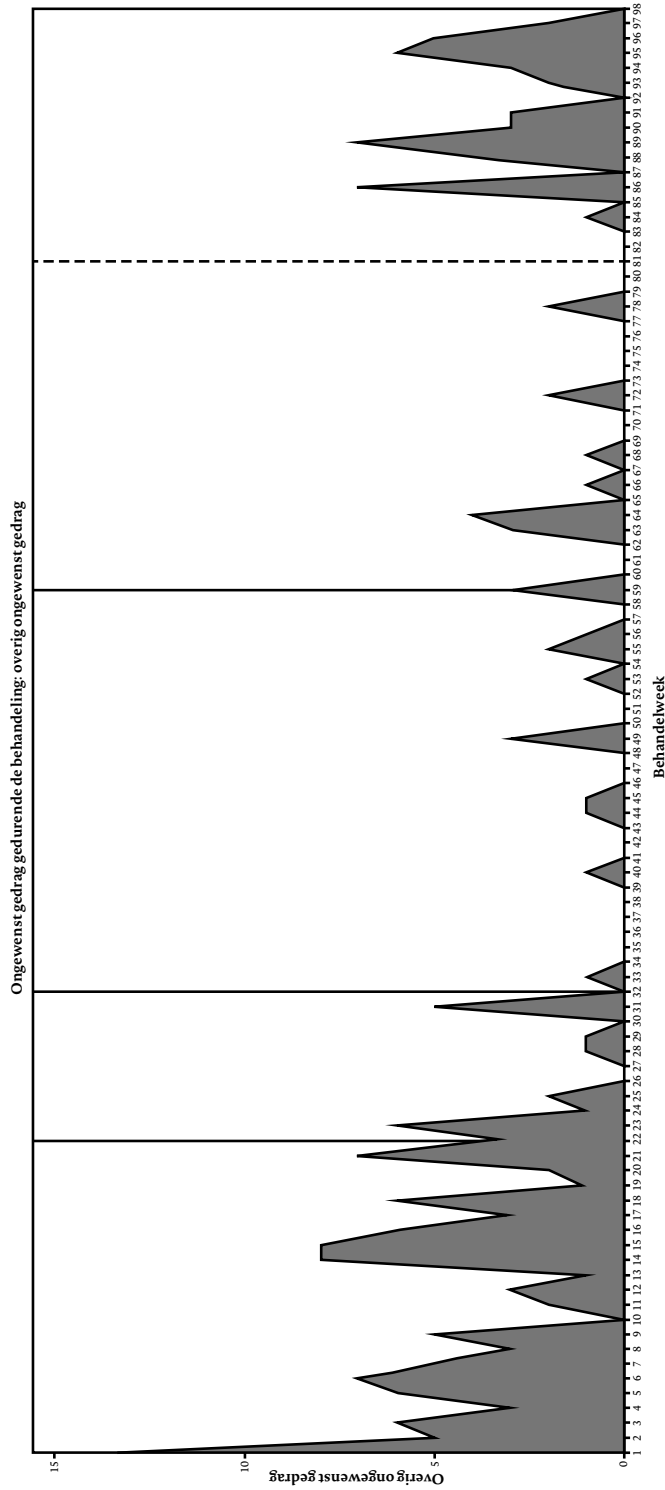
- ⋮ 1 Met alle verpleegkundigen zijn gesprekken gevoerd. Zij krij-
⋮ gen inzicht in het eigen functioneren en de wijze waarop zij
⋮ het gedrag in stand houden.
- ⋮ 2 Er is bij bijna alle verpleegkundigen grote bereidheid om naar
⋮ het eigen functioneren te gaan kijken, ook wanneer er sprake



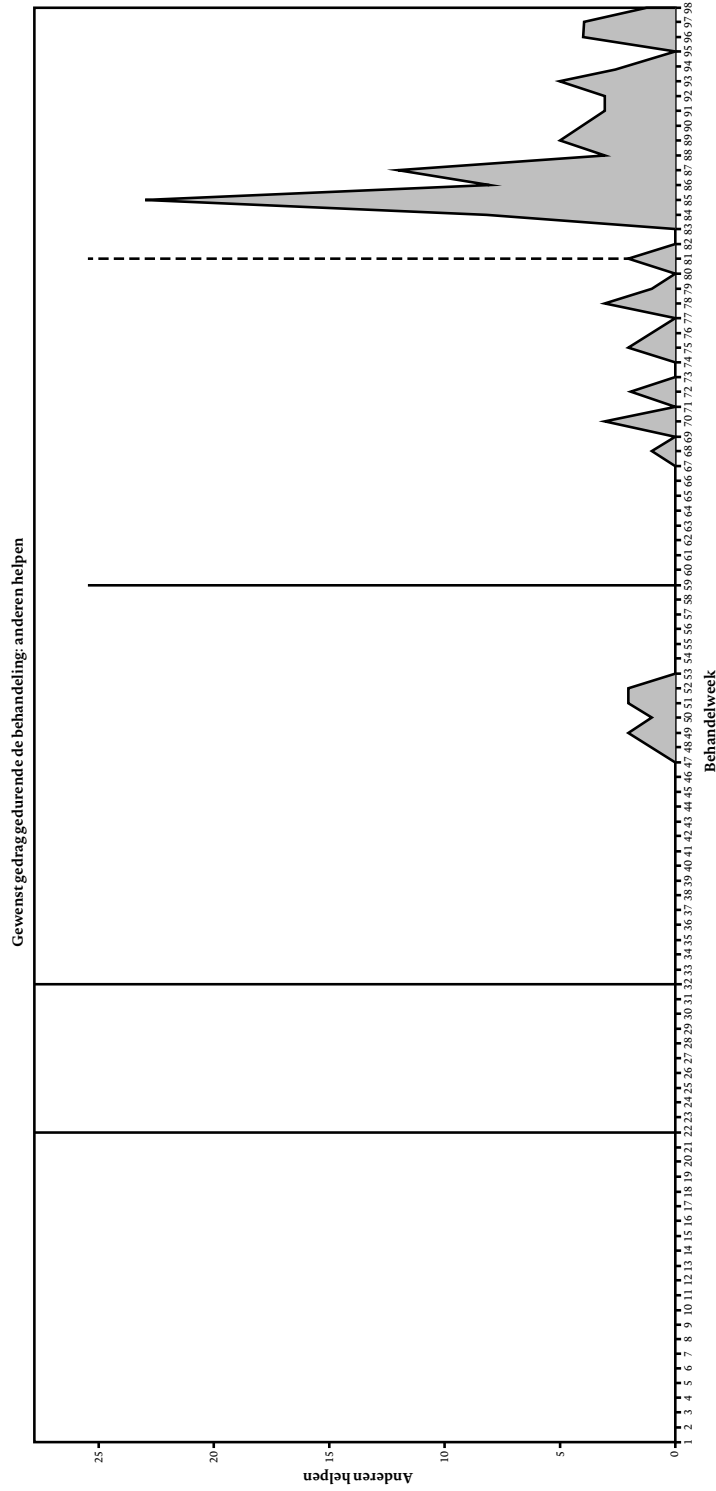
FIGUUR 1
Aggressie



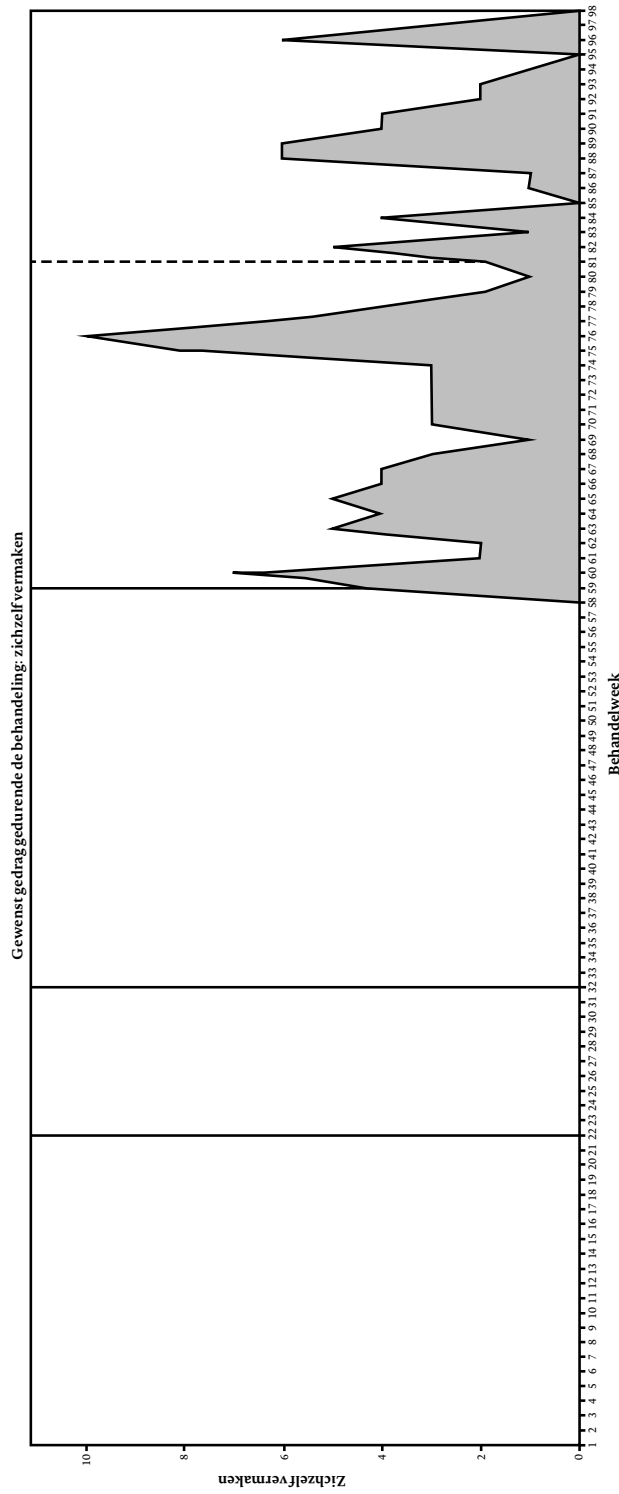
FIGUUR 2
Vernielingen



FIGUUR 3 Overig ongewenst gedrag



FIGUUR 4
Anderen helpen



FIGUUR 5
Zichzelfvermaken

is van het niet-uitvoeren van de afspraken. Ook wil men gaan werken volgens het therapieplan en is men bereid om elkaar te corrigeren bij het niet-uitvoeren van het therapieplan.

- 3 Door duidelijke leiding verbetert de organisatie. Er is sprake van een verbeterde planning, goede werving en goede sfeer.
- 4 De therapeutische maatregelen (token economy, straf en extinctie) van het reeds bestaande plan worden steeds meer uitgevoerd doordat de instructies duidelijk omschreven zijn en er motiverende gesprekken gehouden worden.

¶ Fase 2

In fase 2 treedt het vernieuwde behandelplan feitelijk in werking. Van het resultaat daarvan geeft het verslag de volgende interpretaties:

Er is een steeds verdergaande afname van het ongewenste gedrag. De frequentie van het ongewenste gedrag is gemiddeld met meer dan 90% afgenomen in vergelijking met de baseline! In behandelweek 43 tot en met 45 wordt er niet altijd even consequent met afspraken omgegaan. Extra privileges, in de vorm van koffie, worden gratis gegeven. Een voorbeeld hiervan is dat Geert met extra koffie wordt 'gelokt' om mee te doen met zwemmen, zonder dat dit afgesproken is. In behandelweek 49 heeft de verpleging in het bijzijn van Geert een meningsverschil over het uitvoeren van de afspraken. In de vakantieperiode (behandelweek 55 en 56) is er een sterke personeelwisseling op de bezigheidstherapie.

In aanvulling op bovenvermelde objectieve resultaten zijn er ook enkele subjectieve metingen. In behandelweek 51 geeft Geert uit eigen beweging aan een beter leven te hebben. Door goed op te passen, kan hij nu leuke dingen ondernemen zoals fietsen in de buitenlucht, wandelen en het dorp en de markt bezoeken, en krijgt hij geen straf.

¶ Fase 3

Fase 3 richt zich op het bevorderen van de gewenste gedragingen (anderen helpen en zichzelf vermaken) en is de langste fase van de behandeling. De start van deze fase is blijkens het verslag zorgvuldig getimed en gebaseerd op een evaluatie van fase 2 en op praktische overwegingen betreffende de personele bezetting:

Het ongewenste gedrag is gedurende vijf maanden laag, waardoor er in behandelweek 59 gestart kan worden met een nieuw plan: fase 3a. De vakantieperiode is dan voorbij, zodat er minder personeelwisselingen zijn en de afspraken beter uitgevoerd kunnen worden.

De ongewenste gedragingen lijken in fase 2 dus met succes behandeld. Over deze gedragingen zij nog opgemerkt dat de contingenties van dit gedrag daarom aan het begin van fase 3 als volgt worden gewijzigd:

Vanaf behandelweek 63 wordt het wegpakken van koffie en thee die voor anderen bestemd is meteen gescoord met rood, zonder voorafgaande waarschuwing. Dit betekent een verhoging van de eisen.

De token economy ten aanzien van de beide gewenste gedragingen wordt in fase 3 als volgt vormgegeven:

Het doelgedrag wordt behandeld met token economy. Voor elke vijftien minuten zichzelf vermaken of anderen helpen, krijgt Geert direct zijn horloge voor vijftien minuten.

Het resultaat van deze interventie in fase 3 (zie figuren 1 t/m 5) wordt in het verslag als volgt beschreven:

Dit is dus een duidelijke toename als gevolg van de nieuwe bekrachtiger 'het dragen van zijn horloge'. In deze fase verloopt het therapieplan goed. Het vernielen, de agressie en het andere storende gedrag blijven laag. De onregelmatigheid van ander storend gedrag in de behandelweken 63, 64 en 66 is te wijten aan de verhoging van de eisen. Voorheen werd zoals zojuist vermeld voor koffie en thee stelen geen token ingehouden, maar volgde slechts een waarschuwing. Nu wordt er zonder waarschuwing rood gescoord. Omdat koffie stelen nu, in tegenstelling tot in de baseline, bij storend gedrag hoort, is er een relatief hoge score storend gedrag. Van de zestien keer storend gedrag gaat het negen keer om koffie stelen. Een goede vergelijking met de baseline is op dat punt niet mogelijk.

Uit observaties blijkt een aantal positieve veranderingen bij Geert. De zelfverzorging verbetert. Hij neemt hiertoe meer initiatief. De verpleging zegt: 'Geert denkt meer na over de consequenties van zijn handelen. Hij kan ook dingen bewaren naast zijn bed. Voorheen werden bezittingen vernield of weggespoeld.' Geert heeft zijn horloge gedurende deze fase al reeds vijf maanden in bezit. Voorheen kon hij zijn horloge slechts enkele dagen bewaren. Met Geert kunnen duidelijke gesprekken gevoerd worden over zijn behandeling, zoals over het uitkiezen van bekrachtigers, het vaststellen van doelgedrag (bijvoorbeeld netjes eten in plaats van schrokken) en het tijdstip van belonen. Voorheen waren gesprekken hierover niet mogelijk omdat hij algauw verviel

in oninvoelbaar lachen, vloeken, vieze praatjes en heen en weer lopen.

De frequentie van het probleemgedrag blijft dus laag, ook na de start van een nieuw bekrachtigingsprogramma voor gewenst gedrag.

Het verslag beschrijft dat fase 3 uiteenvalt in twee gedeelten (fase 3a en 3b), omdat gaandeweg een aantal aanpassingen in het behandelplan wordt doorgevoerd. Deze aanpassingen en de bijbehorende overwegingen zijn:

- ▶ Het therapieplan loopt goed. Ongewenst gedrag komt slechts sporadisch voor. De eisen aan Geert kunnen verhoogd worden, omdat hij dit lijkt aan te kunnen.
- ▶ Straf wordt afgeschaft mede op grond van bevindingen in de literatuur: straf is slechts een tijdelijke onderdrukker van het ongewenste gedrag.

De in fase 3b ingevoerde veranderingen zijn:

- ▶ Er worden hogere eisen aan Geert gesteld. Het wordt veel moeilijker om een bonus en een uitje te verdienen. Bij één fout (agressie, vernielen of ander storend gedrag) vervallen alle bekrachtigers.
- ▶ Positieve straf (zoals fietsen en opruimen) als therapeutische maatregel wordt afgeschaft.
- ▶ Het schrokken aan tafel, wat al onder ander storend gedrag viel, is duidelijker omschreven. Ook een goede zelfverzorging is duidelijker omschreven, maar er volgt geen gericht plan.
- ▶ De therapeutische maatregel (negatieve straf in de vorm van een time-out) bij agressie wordt van zestig minuten naar vijftien minuten teruggebracht. De reden is dat agressie 8,5 maand niet is voorgekomen en de duur van vijftien minuten afdelingsregel is.

In fase 3b wordt ook het gedurende korte periodes dragen van een kunstgebit ingevoerd als extra bekrachtiger van de gewenste gedragingen. Uit het verslag blijkt dat ook aan zo'n schijnbaar eenvoudige wijziging van de contingenties, terecht, zorgvuldige overwegingen ten grondslag liggen.

In overleg met de tandarts wordt besloten het dragen van het gebit gedurende vijftien minuten als extra bekrachtiger te gebruiken. Het langer dragen van het gebit wordt niet toegestaan vanwege het risico van wegspoelen. Het voor korte tijd dragen

ervan ervaart Geert dan als voorrecht en dus als bekrachtiger. Het voor lange tijd dragen, kan pijn veroorzaken waardoor het risico van wegspoelen vergroot wordt. Het gebit wordt als extra bekrachtiger gebruikt, naast het dragen van het horloge, voor zichzelf vermaken en anderen helpen conform fase 3a. Omdat er pas hogere eisen aan Geert gesteld zijn en de straf afgeschafte is, komt het gebit er extra bij.

De laatste fase van de therapie verloopt niet zonder slag of stoot. Het verslag geeft hiervan een gedetailleerde beschrijving en analyse.

Na vijf weken gaat het fout! Het ongewenste gedrag (met name ander storend gedrag) neemt aanzienlijk toe. Deze periode houdt zes weken aan. De toename van het ongewenste gedrag na vijf weken heeft te maken met:

- ▶ Het opheffen van straf en de verzwaring van het beloningssysteem (er wordt meer gevraagd om een beloning te verdienen). Het beloningssysteem is een alles-of-nietssysteem geworden. Bij één verkeerde gedraging zijn én de bonus én de bekrachtiging van die dag weg. Doordat de bekrachtigers weggefallen zijn, heeft Geert niets meer te verliezen en gaat maar door met ongewenst gedrag.
- ▶ In een korte periode is er te veel veranderd in het behandelplan. De therapeutische maatregelen én de bekrachtigers zijn gewijzigd.
- ▶ Het nakomen van de afspraken door de mediators verslapt. De verpleging wil ná een succesvolle periode te snel veranderingen. De verpleging werkt minder gedisciplineerd omdat men denkt dat Geert versoepeling wel aankan.
- ▶ De wisseling van vier personeelsleden.

Na deze zes weken worden de therapeutische maatregelen van fase 3a weer ingevoerd, dat wil zeggen: straf wordt weer ingevoerd en de mogelijkheden om bekrachtigers te verdienen, worden versoepeld. De nieuwe bekrachtigers worden gehandhaafd (gebit en horloge) evenals het doelgedrag. Hierdoor kan Geert weer uit het dal omhoogklimmen.

Toch blijkt de herinvoering van deze therapeutische maatregelen onvoldoende effect te sorteren. Een mogelijke reden is dat het nakomen van de afspraken door de mediators verslapt. Zo worden aan Geert sleutels gegeven zodat hij oploskoffie kan wegpakken en blijft tweemaal de deur openstaan zodat hij bij de medicijnkast kan en hij kan weglopen. Nogmaals wordt bewezen dat Geert niet zonder strakke begeleiding kan, dat wil zeggen: te veel

vrijheid leidt tot versterkt ongecontroleerd gedrag. In behandelweek 95 zijn in Geerts vakantie de bekrachtigers vrijgegeven zonder overleg. In behandelweek 96 zijn nogmaals de behandelafspraken aangetrokken en uitgelegd, waarbij gehamerd is op eenduidigheid en het stellen van prioriteiten bij behandeldoelen (agressie verminderen heeft hogere prioriteit dan gebit dragen). Het moeilijke van de token economy is het volhouden van afspraken op langere termijn. Het team wil na succes snel veranderingen, terwijl de patiënt dit nog niet aankan.

Zoals hierboven vermeld, zijn data over de beoogde gedragsveranderingen van de mediators, namelijk de verpleegkundigen van Geert, volgens de auteur van de gevalstudie moeilijk te verzamelen. Uit de positieve gedragsveranderingen bij Geert wordt echter afgeleid dat ook de mediators hun gedrag wel gewijzigd moeten hebben. Dit lijkt inderdaad aannemelijk, omdat de veranderingen in de doelgedragingen van Geert duidelijk samenvallen met de invoering van de therapeutische maatregelen en met wijzigingen in de focus daarvan (van ongewenste naar gewenste doelgedragingen). Het voorkomen van de doelgedragingen tijdens de behandeling kan bovendien worden vergeleken met een baselineperiode, en behalve de toepassing van de therapeutische maatregelen zijn er geen andere factoren aan te wijzen die de gedragsveranderingen bij Geert kunnen verklaren.

Naast de positieve gevolgen voor Geert vermeldt het verslag ook een aantal gunstige 'bijwerkingen' van de nieuwe werkwijze op de staf:

- ▶ De verpleging werkt graag op deze afdeling, in tegenstelling tot enkele jaren terug. De leerlingen geven deze afdeling als eerste of tweede voorkeur bij hun keuze uit de acht afdelingen voor langdurig verblijf.
- ▶ Er is een laag ziektepercentage. In 1985 bedraagt het ziektepercentage 7,2% en in de eerste helft van 1986 3,9%. Het ziekenhuisgemiddelde ligt rond de 9%.
- ▶ Er is een relatief laag verloop in de vaste personeelsbezetting. In de eerste helft van 1986 is er slechts een van de veertien vaste verpleegkundigen vertrokken.
- ▶ Opvallend is dat het aantal separaties niet meer toeneemt bij personeelsmutaties. Dit kan het resultaat zijn van een intensieve inwerkperiode.

BESLUIT

Uit de hier beschreven gevalsstudie blijkt duidelijk dat er gezien de aard en ernst van Geerts problematiek geen sprake kan zijn van een daadwerkelijke ‘afronding’ van de behandeling. Na zijn succesvolle implementatie zal de nieuwe werkwijze in principe veeleer blijvend en, gezien de gevoeligheid voor terugval, zeer consistent voortgezet moeten worden. De auteur doet daarbij de volgende aanbevelingen:

- ▶ Het therapieplan moet onverkort geldig blijven.
- ▶ Een stabiele periode van een halfjaar alvorens veranderingen in te voeren, is gewenst.
- ▶ Na verloop van tijd zal de behandeling zich nog meer richten op gewenst gedrag. Het ongewenste gedrag zal dan nog verder afgenomen zijn.
- ▶ De behandeling zal qua therapeutische middelen niet gericht zijn op een alles-of-nietsysteem, omdat dit eerder mislukt is. Het menu van bekrachtigers zal uitgebreid worden en weer zal na een stabiele periode geprobeerd worden straf af te schaffen.
- ▶ Er moet een blijvende ondersteuning van het afdelingshoofd zijn om voorwaarden te scheppen voor deze behandeling (onder andere selectie van personeel dat gemotiveerd is om zo te werken, planning, enzovoort).
- ▶ Er dient een blijvende ondersteuning door de ziekenhuisleiding te zijn.

Naast de verzamelde kwantitatieve gegevens over het behandelresultaat noemt het verslag ook een aantal meer algemene gunstige uitkomsten:

- ▶ In tegenstelling tot de situatie van vóór de behandeling, ligt de regie nu bij de verpleging in plaats van bij Geert.
- ▶ De negatieve wisselwerking tussen Geert en de verpleging is omgezet in een positieve.
- ▶ De token economy heeft een emancipatoir karakter waardoor Geert mondiger wordt: hij weet precies wat wel en niet kan door de duidelijke afspraken.
- ▶ Geert is meer waarde gaan hechten aan eigen bezittingen en heeft geleerd de consequenties van het eigen handelen te herkennen.

Zoals opgemerkt aan het begin van dit artikel is onze indruk dat de token economy om onduidelijke en mogelijk onterechte redenen in onbruik is geraakt, met name bij patiënten die niet bereid of in staat

zijn aan hun eigen behandeling mee te werken. Een token economy vraagt echter het nodige van de behandelaars, het team en de organisatie. Deze gevalstudie bevat een bijlage met negen gouden gedragswijzen die dit illustreren en waarmee wij dit artikel besluiten:

1. *Werk eenduidig.* Op deze afdeling werken zeventig verschillende verpleegkundigen per jaar. Onderling tegenstrijdig werken is verwarrend voor de patiënten en ook voor je collega's. Voer de afspraken van het behandelplan uit. Is iets niet duidelijk, vraag dit dan na. Experimenteer niet en voer nooit zelf iets in zonder overleg met het behandelteam.

2. *Werk consequent.* Wees consequent in je eigen handelen.

3. *Stimuleer positief gedrag.* Complimenteer patiënten als ze iets goed doen wat moeilijk voor hen is. Heb oog voor de positieve dingen. Bied hun een plezierige woonomgeving, bijvoorbeeld door wandeltochten en feestavonden te organiseren.

4. *Corrigeer of negeer ongewenst gedrag.* De meeste aandacht krijgen patiënten door vervelend te doen. Dit willen we voorkomen. Hoe minder aandacht je eraan geeft, des te minder komt het voor. Wanneer je moet ingrijpen ter bescherming van de omgeving, corrigeer dan conform de afdelingsregels. Keur het gedrag van de persoon af, doch niet zijn persoon. Geef suggesties hoe de patiënt gedrag kan veranderen (bijvoorbeeld: in plaats van plakkerig begroeten een hand geven).

5. *Stel grenzen.* Veel van deze patiënten kunnen moeilijk grenzen bepalen. Onze grenzen zijn dat we lichamelijke agressie, vernielingen, dreigingen en handtastelijkheden niet tolereren. Grijp bij dit gedrag in door de afdelingsregels te volgen. Grenzen stellen betekent ook: geen sleutels afgeven of rond laten slingeren en niet de deur van de medicijnkast laten openstaan. Wees een voorbeeld. Leg de structuur die je aan patiënten oplegt ook aan jezelf op in het werk: goede zelfverzorging, op tijd beginnen met de middagmaaltijd, enzovoort.

6. *Overvraag de patiënt niet.* Stel niet te hoge eisen aan patiënten. Let op of iemand aankan wat je vraagt. Overvraag je de patiënt, dan frustreer je jezelf en de patiënt alleen maar.

7. *Betracht openheid.* Gezien de moeilijkheidsgraad en pathologie van deze groep patiënten kunnen allerlei emotionele problemen bij jezelf meespelen, zoals machteloosheid, angst en boosheid. Onderken dit en maak het bespreekbaar. Ook kan op woensdag overlegd worden over de wijziging van teamafspraken. Een onderlinge open sfeer is belangrijk om elkaar te kunnen corrigeren.

8. *Werk gemotiveerd.* Het is belangrijk te weten waarom je dingen doet. Daardoor kun je het behandelklimaat 'meedragen'. Ook

is het van belang je te kunnen scharen achter een teamuitspraak. In het team is een afspraak vaak uitgebreid gemotiveerd.

9. *Blijf volhouden.* Werken met chronische patiënten is werken op lange termijn met lange adem. Verwacht niet op korte termijn grote resultaten. Vooruitgang is bij deze groep bijvoorbeeld een betere zelfverzorging. Heb oog voor de kleine dingen.

Dit artikel is gebaseerd op Wolterinck, M. J. E. (1986). Verslag van een gedrags-therapeutische behandeling van een S.G.A.-patiënt (supervisor: G.H. Nevenzeel). Gepubliceerd met toestemming van de auteur.

Dr. Arnold van Emmerik is onderzoeker aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam en voorzitter van de VGCT.

Drs. Paul Rijnders is klinisch psycholoog en supervisor VGCT. Hij is werkzaam bij het Zeeuws hand- en polscentrum te Goes en bij Mentaal Beter te Terneuzen. Hij verzorgt opleidingen en trainingen in het KOP-model en kortdurende gedragstherapie in Nederland en in enkele andere landen in Europa.

Referenties

Došen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R., & Lapointe, A. (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk: Beoordeling, diagnose, behan-*

deling en bijbehorende ondersteuning voor mensen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag. Utrecht: Vilans/LKNG.
Kazdin, A. E. (1977). *The token economy.* New York/Londen: Plenum Press.