



# Joseph Pratt, de vergeten vader van de groepsgedragstherapie

Omstreeks 1900 begon de Amerikaanse geneesheer Joseph H. Pratt tuberculosepatiënten te behandelen in een groep. Hij stopte later zelfs met individueel behandelen. In Nederland is Pratt relatief onbekend, maar in de VS is hij zowel de vader van de groepstherapie als van de cognitieve gedragstherapie genoemd (Ambrose, 2013). In dit artikel wordt op basis van literatuuronderzoek zijn groepsbehandeling voor longlijders beschreven, waarin de werkzame factoren van groepspsychotherapie al te herkennen zijn.

Door Judith Godschalx



**T**uberculose van de longen was rond 1900 een veel voorkomende en ernstige ziekte waaraan veel patiënten overleden (King, 1939). Antibiotica was destijds nog niet bekend, pas in 1928 ontdekte Alexander Flemming bij toeval dat een schimmel de groei van bacteriën stopte. Behandeling vond destijds plaats in een sanatorium, door het verbeteren van hygiëne en voedings-toestand, bedrust en het inademen van zo schoon mogelijke lucht. Voor arbeiders, die leefden en werkten in 'matige' omstandigheden, betrof dit een grote (gedrags)verandering. Pratt (1872-1956) vernam van collega Minor dat de bedrustmethode ook ambulante werkte, mits de patiënten dage-

lijks hun bedrust, temperatuur en pols registreerden (Pratt, 1907a). Hij begon een groepsbehandeling voor de patiënten die te arm waren voor een sanatoriumverblijf.

### **Selectie, inclusie en exclusie**

Uitsluitend patiënten met hoop op verbetering mochten deelnemen. Dit waren patiënten bij wie de ziekte nog niet zo vergevorderd was dat er geen herstel meer mogelijk was (Pratt, 1907b) en die gemotiveerd waren de regels van het programma te volgen. Patiënten moesten bereid zijn hun werk te staken en rust te nemen in de open lucht, bijvoorbeeld in een tent boven op het dak van hun huis.

Patiënten die niet in staat waren om exact de regels van de behandeling te accepteren, moesten de behandeling staken, omdat anders de discipline, hetgeen een belangrijk aspect was, zou worden ondermijnd.

Het aantal deelnemers in de groep betrof minimaal 9 tot maximaal 25. Meestal waren het er tussen de 15 en 20 (Pratt, 1907a).

Patiënten bleven in de groep tot herstel of overlijden. Oud-deelnemers moesten zo snel mogelijk contact opnemen indien ze na de behandeling opnieuw symptomen kregen. Bij een terugval kregen zij een *graduate course* (Pratt, 1912) waarin zij als 'afgestudeerden' opnieuw deelnamen aan de groep. Pratt motiveerde zijn patiënten om tijdig met behandeling te beginnen. Dat was nog niet gemakkelijk, want een patiënt voelt zich in de geneesbare fase nauwelijks ziek. Als hij op zijn gevoel vertrouwt, dan zal hij geen bedrustbehandeling aangaan, totdat hij het moment bereikt waarop genezing niet meer mogelijk is (Pratt, 1921).

Pratt gebruikte ter motivering een metafoor:

'If the house is on fire, only a fool would wait to see if it didn't go out of itself before sounding the alarm, and a greater fool is he who waits to see if the tubercle bacilli will not disappear from his sputum by compromise measures if he gives them time, before he makes up his mind to take the proper treatment' (Pratt, 1921, p. 538). Hij nam zijn patiënten uiterst serieus en schuwde de confrontatie niet. Aan een arbeider die geen vrij kon nemen omdat hij kostwinner was en zijn gezin van zijn salaris afhankelijk was, legde hij uit dat het voor de broers goedkoper was om kortdurend bij te dragen aan het bezoek van de tuberculoseklas, dan dat ze voor het onderhoud van zijn gezin verantwoordelijk werden als hij zou komen te overlijden (Pratt, 1907b). Pratt hielp zijn patiënten om de ziekte met familieleden te bespreken en instrueerde de partners hoe zij konden zorgen dat de patiënten zich aan het programma hielden. Soms betrok hij zelfs de burens om de sociale controle te vergroten.

### **Taak van de groep**

Beter worden is het meest winstgevende werk voor de zieke, aldus Pratt (1906).

De groep was gericht op het naleven van doktersadviezen en het vergroten van de betrokkenheid van de patiënt bij het herstelproces, waardoor de kans op genezing van de ziekte werd verhoogd.

Na enkele weken bedrust volgde er graduele activering, te beginnen met twee maal per dag vijf minuten lopen. De patiënt droeg een horloge om het exacte aantal minuten van zijn wandeling op te kunnen schrijven in een dagboek. Na de wandeling nam hij zijn temperatuur op. Bij een stijging van de

temperatuur of vermoeidheid na het lopen, werd de duur van de wandeling verminderd (Pratt, 1906). De patiënten beschreven in

## *De registratie van het huiswerk werd bekritiseerd door zowel de instructeur als de deelnemers*

detail het eten wat ze aten, het aantal uur buitenshuis, de temperatuur en pols. Het registreren hielp patiënten om de monotone dagen van de behandeling door te komen. Door zelfregistratie beseftte de patiënt hoe zeer het van belang was om de behandeling in detail uit te voeren. De thermometer was een gids die aangaf of de patiënt zichzelf overbelastte (Stone, 1908).

### **Opzet van de bijeenkomst**

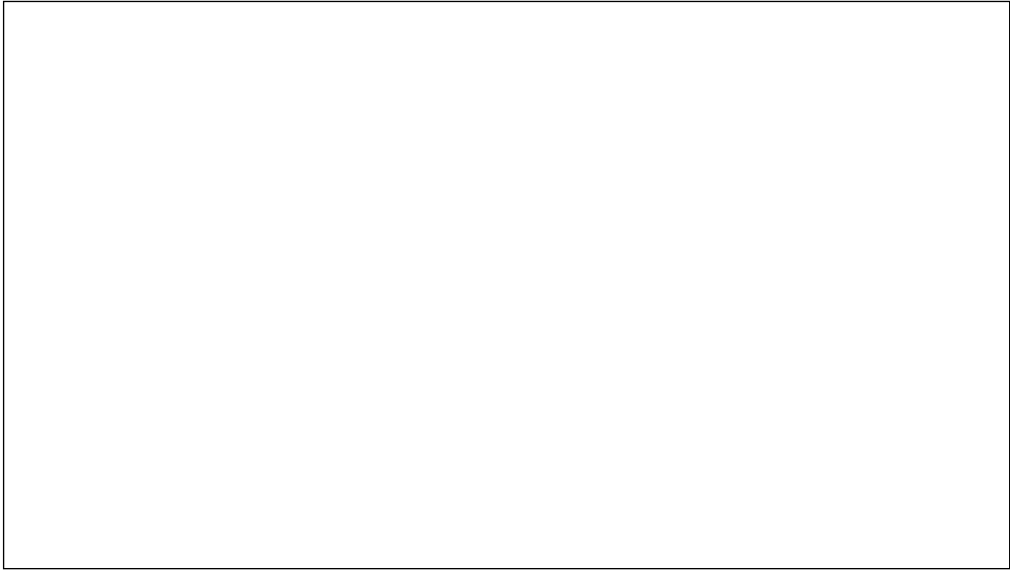
Koortsvrije patiënten kwamen eens per week naar het ziekenhuis voor 'class work'. Zij kregen vooraf hun medische controles en kwamen bijeen in een 'large cheerful room' om te spreken over de afgelopen week (Pratt, 1907a). Op de muren stonden foto's van eerdere groepen patiënten en van balkons, tenten en andere inrichtingen die waren gemaakt voor bedrust aan huis. De groepsbehandeling leek hierdoor een club van leden (Pratt, 1926). Er hingen op het schoolbord grafieken en diagrammen met het gewicht en de uren bedrust. De namen van hen die het meest in gewicht toenamen en zij die het langst in de openlucht verbleven, werden op het schoolbord geschreven. Wat inhoud betreft was het een class, zowel

in naam als in uitvoering. In het Engels betekent het woord 'class' zowel les, lesprogramma, methodiek, schoolklas (de groep waartoe men behoort), als rangschikken. Al deze elementen waren aan de orde in de groep van Pratt. Het eerste uur van een bijeenkomst werd besteed aan lezingen of praatjes van de groepsinstructeur en zijn assistent. Dit betrof uitleg (psycho-educatie) over de ziekte en wat patiënten en diens familie zelf konden doen om het herstel te bespoedigen. Vervolgens kwamen de deelnemers aan het woord. De registratie van het huiswerk werd bekritiseerd door zowel de instructeur als de deelnemers. Publiekelijk werd onderzocht met welke leden van de groep het minder goed ging, om gezamenlijk te achterhalen wat daarvan de oorzaak was. Hieruit werden lessen getrokken waar ieder groepslid baat bij had. Tevens werd uitgevraagd wat deelnemers al over hun ziekte te weten waren gekomen en wat zij thuis deden om zich beter te voelen.

Als patiënten ontmoedigd waren over de behandeling, werd getracht het denken te transformeren. Dit noemde Pratt 'goede en slechte gedachten'. Maar er was ook ruimte voor de expressie van emoties, zoals bezorgdheid over het beloop van de ziekte. Pratt sloot daarbij aan bij de verwachtingen die patiënten van hun leven hadden.

### **Sfeer in de groep**

Deelname aan de groep was een bron van aanmoediging waar patiënten gretig naar uitkeken, ook omdat het een van de weinige gelegenheden was waarvoor lichaamsbeweging was toegestaan. De bijeenkomsten waren een 'pleasant social hour', en de meesten deelnemers waren 'in good spirit'.



### *Nederlandse tuberculosepatiënten in de frisse lucht*

Patiënten spraken met elkaar niet over symptomen van hun ziekte (Pratt, 1907a). De sfeer was informeel: de patiënten werden bij hun voornaam genoemd (Pratt, 1906) en er waren versnaperingen. Collega's die de bijeenkomsten van Pratt bezochten waren onder de indruk van de opgewektheid van de deelnemers, de toewijding en de volledige wijze waarop de patiënten tot in detail de voorgeschreven behandeling navolgden. Zij deden hun best om de beste registraties te laten zien, waaronder het aantal uren die buiten waren verbleven, de hoeveelheid melk, eieren en olie die was genoten, de laagste temperatuur en de rustigste polsfrequentie. Zij met wie het minder goed ging, kregen extra aandacht: *'The patients whose condition and surroundings are such as to require an extra amount of attention receive such attention by the class system. The friendly rivalry as to who can excel in the effort to get well has a splendid effect on all'* (Pratt, 1912, p.287).

### **De rol van de groepsleider**

De groepsleider was een arts, eventueel vergezeld van een assistent en een verpleegkundige. Pratt wordt beschreven als empathisch en betrokken, confronterend doch optimistisch en bemoedigend. Hij trachtte zich in zijn patiënten te verplaatsen en gaf het goede voorbeeld. Er is over hem geschreven dat hij zelf, net als zijn patiënten, vele jaren op het dak van zijn huis, in zomer en winter, in de open lucht sliep (Stone, 1908). Pratt had veel aandacht voor details en stond erop dat zijn patiënten de voorwaarden van het programma volledig respecteerden. De resultaten van zijn classes werden toegeschreven aan zijn inspirerende persoonlijkheid (Otis, 1912): *'His warmth, genuine interest in his patients and the real enjoyment he experienced in meeting all sorts of people, made him a very powerful therapeutic instrument'* (p.97). Zelf schreef hij dat de groepsleider *'must be interested in his*

*patients and a good disciplinarian'* (1912, p.287). Sabin (1990, p.172) omschreef zijn rol als volgt: *'Pratt took the role of a wise, benevolent and highly directive parent. [...] The class was a kind of fighting team, with Pratt as the captain and tuberculosis as the vincible enemy.'* De verpleegkundige bezocht de patiënten

## *De behandeling deed bij een aantal patiënten meer dan herstel van tuberculose*

buiten de groepsbijeenkomsten aan huis. Zij zag toe op de toepassing van de behandeling in de thuissituatie en voorzag de familie van wijze raad. Zij was disciplinerend, maar op een aardige, tactvolle en consulterende manier (Pratt, 1906). Het hoefde wat Pratt betreft niet noodzakelijk een verpleegkundige te zijn, als ze maar energiek, sympathiek en tactisch was (Pratt, 1907b). Hoewel de dokter enthousiasme kan versterken en de patiënten kan inspireren met vertrouwen, is het succes van de methode grotendeels gebaseerd op de tact, de volharding en het karakter van de vrouw die de patiënten thuis bezoekt (Pratt, 1926). Een van deze vrouwen was een van zijn eerste patiënten, die na haar herstel vanuit ervaring en training deze rol vervulde (Pratt, 1912).

### **Resultaten**

Pratt kwam erachter dat het makkelijker was om arme tuberculosepatiënten in een groep te behandelen dan individueel. Op het moment dat hij besloot om met individueel behandelen te stoppen, ging het opvallend

goed met de deelnemers van de groep en was de moraal onder de groepsleden van het hoogste niveau (Pratt, 1932).

De patiënten van de groepsbehandeling verworven twee maal zoveel gewicht in vergelijking met patiënten die in een sanatorium werden behandeld. De gemiddelde duur van de absolute bedrust was zestien weken (Pratt, 1932) en zeven maanden bedrust met geïntensifieerde beweging. De totale behandeling kon ongeveer een jaar duren (Pratt, 1926). Van juli 1906 tot juli 1914 hebben 189 patiënten deelgenomen aan de groepen. 104 patiënten konden daarna in goede gezondheid weer aan het werk, 14 patiënten overleefden, maar waren niet meer in staat om te werken, 69 patiënten overleden, van wie 29 terwijl ze actief waren in de groep. In totaal herwon 56 procent van de deelnemers hun gezondheid (Pratt, 1917). Deze resultaten waren aanmerkelijk beter dan die van een aantal sanatoria (Sabin, 1990). Bovendien waren de patiënten pleitbezorgers voor de behandeling en had dat effect op de familie en soms zelfs de buurt (Wood, 1913). De behandeling deed bij een aantal patiënten meer dan herstel van tuberculose. Jonge mannen met slechte eigenschappen ontwikkelden zich tot gewaardeerde stadsgenoten. Zo schreef de broer van een van de patiënten een brief omdat deze op wonderbaarlijke wijze ten goede was veranderd (Pratt, 1912). Mogelijk kwam dit door het bijbrengen van discipline en de gedrag-corrigerende werking van de groep.

### **Werkzame factoren**

Een aantal van de werkzame psychotherapeutische factoren die we in de groepsaanpak van Pratt herkennen zal ik hier beschrij-

ven. Allereerst is er zijn zorg en aandacht voor de behandelrelatie. Deze komt tot uiting in *'heart-felt interest'* voor de patiënt, die *'intimately'* door de behandelaren werd gekend. Als tweede werd er iedere bijeenkomst informatie over de ziekte en de behandeling overgedragen. Herhaling was een

## *Zijn methode kreeg vele volgers en werd in de VS, Canada en zelfs in Ierland gepraktiseerd*

derde factor, onder meer door huisbezoek. Er was ten vierde actieve participatie van de deelnemers. Als vijfde was er universaliteit, wat Pratt in 1907(a) verwoordde als *'common bond in common disease'*. Hij schrijft verder dat *'a fine spirit of camaraderie has been developed'* (1907a p. 258) en deelnemers als zesde factor het gevoel hadden deel uit te maken van een *'class'*. Als zevende factor kregen nieuwe patiënten moed en hoop. Veel van hen waren, volgens Pratt, niet in staat geweest om strikte bedrust vol te houden wanneer zij niet met hun eigen ogen hadden gezien dat anderen daardoor hun gezondheid konden herwinnen. Het zichtbare bewijs van hen die waren hersteld, gaf hoop, geloof en zelfvertrouwen aan nieuwkomers die waren ontmoedigd en die zich haast hopeloos voelden (Pratt, 1932). De bijdrage van de herstelde deelnemers gaf als achtste en negende factor een voorbeeld om te modelleren (identificatie met voorbeeldfiguren en voorbeeldgedrag) en *'vicarious'* te leren, leren via empathische identificatie. Verder was er als tiende en

elfde factor ruimte voor catharsis, expressie van emoties en konden in de groep corrigerende emotionele ervaringen worden opgedaan. De twaalfde factor betrof de competitie tussen de deelnemers in de strijd voor het verwerven van gezondheid. Patiënten wier conditie of omstandigheden minder gunstig waren, kregen empathie en extra aandacht van de groep waarmee altruïsme als dertiende factor te herkennen is. Visualisatie (grafieken, foto's, uitleg met metaforen) was een veertiende bijdragende factor. Mogelijk speelden nog andere factoren een rol, die voor mij onvoldoende te destilleren zijn uit de geschreven bronnen, die op zichzelf natuurlijk maar een beperkte weergave van de groepsbijeenkomsten zijn.

### **Vervolg**

In 1928 werd antibiotica ontdekt en daarmee werd op termijn tuberculose een beter behandelbare ziekte. Pratt besloot zich later met *'thought controle groups'* toe te leggen op patiënten met psychosomatische klachten. Zijn methode kreeg vele volgers en werd in de Verenigde Staten, Canada en zelfs in Ierland gepraktiseerd. Een aantal van zijn volgers was niet in staat dezelfde resultaten te boeken (Pratt, 1912). Volgens Pratt werd zijn methode in die gevallen niet precies genoeg toegepast. De groepen waren te groot, er was te weinig persoonlijke aandacht, er was geen arts bij betrokken, de groepsleider was niet disciplinerend of de huisbezoekster niet genoeg geschoold.

### **Historische positionering**

In de tijd van Pratt waren medici een autoriteit en was de verhouding tot de

patiënt hiërarchisch. De dokter wist wat het beste was voor de patiënt en was dikwijls terughoudend met prognoses. Vanuit die achtergrond is de eerlijke en transparante houding, de informele sfeer, de mate waarin Pratt zich in de patiënt verdiepte en zijn keuze voor ervaringsdeskundigheid lofwaardig. Mogelijk is hij hierin beïnvloed door William Olser (Pratt, 1926), die enige tijd zijn leermeester was. Olser introduceerde onderwijs aan de rand van het bed en hij leerde zijn medisch studenten om aandachtig te vragen en te luisteren (Keizer, 2016). Pratt praktiseerde in een tijd waarin de geneeskunde nog niet zo ver gespecialiseerd was als nu. Zo kon hij vanuit de interne geneeskunde overstappen naar de psychosomatiek. Veel van zijn leermeesters beheersten in die tijd een groot aantal verschillende medische specialisaties. Het zou nog jaren duren voordat de DSM zou worden gepubliceerd. Intrigerend is dat Pratt met een gedragsmatige groepstherapeutische aanpak kwam, nog voor Freud gangbaar werd. Volgens Berk (2009) kende hij Freud en wees hij diens psychoanalyse af. Ellis en Beck zouden Freud pas twintig jaar later afwijzen en in de jaren vijftig bekend worden als vaders van de individuele cognitieve gedragstherapie. Het is onduidelijk of zij kennis hadden van het levenswerk van Pratt.

## Resumerend

Kenmerkende aspecten van de werkwijze van Pratt zijn: zijn inspirerende en disciplinerende houding, het belang van huiswerkregistratie en het aanmoedigen van gewenst gedrag door ranking in de strijd om herstel. Hij was zowel een technisch expert als een voorbeeldfiguur, die als groepsleider op effectieve wijze de therapeutische cultuur in de groep wist te beïnvloeden (zie Yalom & Leszcz, 2005). Hij demonstreerde daarmee het belang van effectief leiderschap door de groepsleider. Zijn groep was zeer homogeen: alle patiënten waren gediagnosticeerd met dezelfde lichamelijke ziekte en kwamen uit dezelfde sociaaleconomische laag. Actieve participatie van patiënten werd aangemoedigd, waarbij de patiënt in de groep kon door-groeien tot een ervaringsdeskundig expert van zijn behandeling. Verder valt de compleetheit van de aanpak op. Pratt gebruikte de groep om de toewijding met de rest van het behandelprogramma te bevorderen. Hij had naast groepstherapie aandacht voor toepassing in de thuissituatie en het betrekken van het systeem. Het geheel is daarmee beslist meer dan de som der delen.

*Judith Godschalx-Dekker is ziekenhuis-  
psychiater en IPT-supervisor bij het Spaarne  
Gasthuis in Haarlem en Hoofddorp.*

## Literatuur

---

Ambrose, C.T. (2013). Joseph Hersey Pratt (1872–1956): An early proponent of cognitive-behavioural therapy in America. *Journal of Medical Biography*, 22(1), p. 35–46. DOI: 10.1177/0967772013479756.

Berk, T. (2009). *Groepstherapie toen en nu*. Print on demand via lulu.com.

Joseph Hersey Pratt (1951). Pioneers in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1(2), p. 95-99. DOI: 10.1080/00207284.1951.11507845.

Otis, E.O. (1912) Institutions for the prevention and cure of tuberculosis as elements in the social defense against the disease. *Boston Medical and Surgical Journal*, 167(5), p. 145-149.

Pratt, J.H. (1906). The 'Home Sanatorium' treatment of consumption. *Boston Medical and Surgical Journal*, 154(8), p. 210-216.

Pratt, J.H. (1907a). The Class Method of treating consumption in the homes of the poor. Phthisis treated in classes. *JAMA*, 49(9), p. 755-759.

Pratt, J.H. (1907b). The organisation of tuberculosis classes. *Boston Medical and Surgical Journal*, 157(9), p. 285-291.

Pratt, J.H. (1912). The class method in the home treatment of tuberculosis and what it has accomplished. *Boston Medical and Surgical Journal*, 166(8), p. 280-288.

Pratt, J.H. (1921). The importance of the public health nurse in the tuberculosis campaign. *Boston Medical and Surgical Journal*, 184(23), p. 537-539.

Pratt, J.H. (1926). The class method in the home treatment of pulmonary tuberculosis. An account of its development during the past nineteen years. *Boston Medical and Surgical Journal*, 194(4), p. 146-151.

Pratt, J.H. (1932). The development of the rest treatment in pulmonary tuberculosis. *NEJM*, 206(2), p. 64-69.

Keizer, B. (2016). William Osler. *Medisch Contact*, 39, p. 11.

King, D.S. (1939). Tuberculosis. *NEJM*, 220(23), p. 959-963.

Sabin, J.E. (1990). Joseph Hersey Pratt's cost-effective class method and its contemporary application: some problems in biopsychosocial innovation. *Psychiatry*, 53(2), p. 169-184. DOI:10.1080/00332747.1990.11024498.

Stone, K.A. (1908). The home treatment of tuberculosis. *Boston Medical and Surgical Journal*, 159(13), p. 393-399.

Wood, N.K. (1913). Six years treatment of pulmonary tuberculosis by the class method. *Boston Medical and Surgical Journal*, 168(1), p. 7-12.

Yalom, I.D. Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

.....