

## **‘INS’ en ‘OUTS’ van de constructionele benadering<sup>1</sup>**

Beata J. Bakker – de Pree<sup>2</sup>

### **Inleiding**

‘Ins and outs’ betekent volgens de Webster: “alle details en ingewikkeldheden”. Ik was van plan om u juist alle ingewikkeldheden te besparen! Maar de details van de constructionele benadering wil ik u graag vertellen.

Het handelsmerk van de constructionele benadering heeft drie facetten. Het eerste is dat de benadering *functioneringsgericht* is en niet klachtgericht. Het tweede facet betreft het feit dat de benadering *stimulusgericht* is en niet gedragsmatig. Het derde is dat het om *aanleren* gaat en niet om afleren.

Deze drie elementen zijn in elke constructionele behandeling terug te vinden; en ook herkenbaar in de wijze waarop een constructioneel therapeut over zijn of haar cliënten spreekt. Mocht u dus bijvoorbeeld in een therapieverslag van een collega één van deze elementen niet tegenkomen, dan weet u zeker dat het geen constructionele therapie betreft. Aangezien het mij er om te doen is u juist een beeld te geven van wat wél een constructionele therapie is, zal ik de drie genoemde facetten achtereenvolgens toelichten.

### **Functioneringsgericht en niet klachtgericht**

In een constructionele gedragstherapie worden de klachten waarvoor de cliënt in therapie komt, bekeken vanuit de plaats die zij innemen in het totale bestaan van de cliënt. Deze optiek is als zodanig niets nieuws. De meeste 'oudere' vormen van psychotherapie doen dit. Ook in de gedragstherapie is de oorspronkelijke visie dat klachten op zichzelf staande, onaangepaste gewoontes zijn, die een symptoomgerichte aanpak verdienen, goeddeels verleden tijd.

---

<sup>1</sup> Symposium ‘Constructionele gedragstherapie’  
Najaarsconferentie ‘Nieuwe ontwikkelingen in theorie en praktijk van de gedragstherapie’  
van de Vereniging voor Gedragstherapie  
28-29 november 1991, Dalfsen (Ov)

<sup>2</sup> CGA Business, Den Haag

Het leggen van verbanden tussen de klachten waarvoor iemand in therapie komt, en andere aspecten van zijn of haar manier van leven, is gemeengoed geworden. De klachten van cliënten zijn weer 'symptomen' geworden van mankementen die de cliënt zelf kennelijk als zodanig niet opvallen, maar die in de therapie opgespoord en vervolgens behandeld kunnen worden. Het leggen van een relatie tussen iemands klachten en andere delen van zijn functioneren is dus niet specifiek constructioneel. Het karakteristieke van de constructionele benadering is echter dat het niet gaat om een samenhang tussen klachten en *mankementen* elders, maar om een samenhang tussen 'het hebben van klachten' en *functioneren waar niks mee mis is*. De aard van deze samenhang wordt beschreven in de theorie van de Dominante Actieve Vermijding. Deze, in de jaren tachtig door mij ontworpen en gepubliceerde theorie, vormt de leidraad van het doen en laten van constructionele therapeuten. Althans: voorzover het hun doen en laten met betrekking tot hun cliënten betreft!

De theorie van de Dominante Actieve Vermijding geeft een beschrijving van het functioneren van mensen, die bij tijd en wijle van slag raken en met klachten zitten die hun leven dermate verzieken dat zij er hulp voor vragen. De clou van deze theorie is dat zowel het nog wel naar wens lopende deel van het bestaan van de cliënt als ook zijn van slag raken en in klachten vervallen, een kwestie is van of de *omstandigheden* hem al of geen aanknopingspunt bieden. Voorziet de omgeving van de cliënt wel in aanknopingspunten dan loopt alles naar wens, maar hij raakt van slag als deze aanknopingspunten ontbreken. Volgens de theorie van de Dominante Actieve Vermijding is het van slag raken en in klachten vervallen dus *geen* kwestie van *aanwezige* klachtverwekkende stimuli, maar het gevolg van *afwezige* stimuli.

De vraag is nu: welke stimuli zijn dat, die door hun aan- of afwezigheid iemands toestand zo drastisch kunnen doen veranderen? Het antwoord op deze vraag is niet te vinden door nadere bestudering van de momenten waarop een cliënt van slag is en/of klachten heeft. Op die momenten zijn de stimuli waar het om te doen is immers *afwezig*; en het is slecht zoeken naar dingen die er *niet* zijn. Het zijn dus niet de *slechte*, maar de *goede* momenten uit iemands bestaan die nadere bestudering verdienen. Vandaar dus: *functioneringsgericht* en niet klachtgericht.

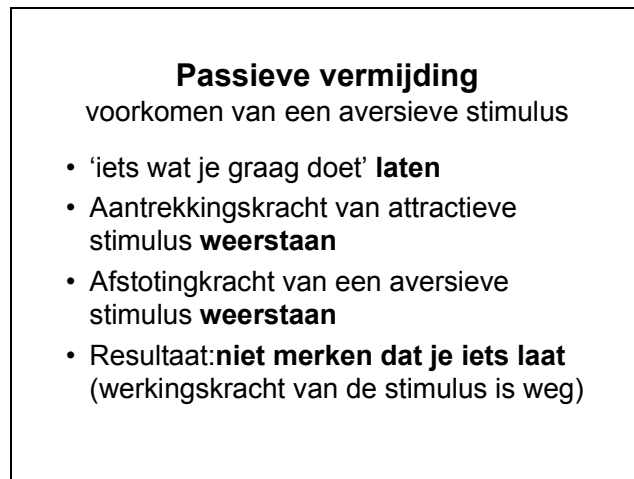
### **Stimulusgericht en niet gedragsmatig**

In de theorie van de Dominante Actieve Vermijding wordt aan omgevingsaspecten, dat wil zeggen aan datgene wat zich buiten de cliënt aan hem of haar voordoet, het grootste gewicht toegekend als het gaat om hoe hij of zij er aan toe is. Hiermee maakt deze theorie gebruik van de conditioneringtheoretische optiek, waarin constateerbare omgevingsaspecten bepalend zijn voor iemands doen en laten én ook voor het al of niet resulterende welbevinden.

Conditioneringtheoretisch gesproken draait iemands bestaan om de interactie tussen hemzelf en zijn omgeving. Ieders omgeving bevat aspecten die attractieve stimuli zijn en aspecten die aversieve stimuli zijn. Of liever gezegd: aspecten die attractieve dan wel aversieve stimuli *geworden* zijn.

Aversieve stimuli ontlenen hun aversiviteit aan hun connectie met bestaansbedreiging in letterlijke zin. Attractieve stimuli ontlenen hun attractiviteit aan hun connectie met bestaansbevordering in letterlijke zin. Welke omgevingsaspecten voor iemand attractieve dan wel aversieve stimuli zijn geworden, hangt af van welke connecties hij of zij in eigen leven is tegengekomen. Dit soort ervaringen heet 'conditionering'. De conditioneringtheoretische visie kapitaliseert dus op de existentiële dimensie in het bestaan, namelijk die van leven en dood. Bij mensen begint het leven met een vrij lange periode waarin men als baby volkomen op anderen is aangewezen voor het bestaansbehoud. Daardoor is het 'gezien worden' en 'niet over het hoofd gezien worden' door anderen, voor iedereen een zeer krachtige stimulus geworden. De connectie is ons letterlijk met de paplepel, of beter gezegd: met de fles of de moederborst ingegoten!

De *soort* invloed die stimuli op ons doen en laten hebben, ligt besloten in hun attractiviteit en aversiviteit. Attractieve stimuli trekken ons aan en aversieve stimuli stoten ons af. Met andere woorden: confrontatie met een attractieve stimulus motiveert tot *toenadering*, ofwel 'intensivering van het contact met het betreffende omgevingsaspect'. Confrontatie met een aversieve stimulus beweegt ons tot *ontsnapping aan*, ofwel: 'beëindiging van het contact met het betreffende omgevingsaspect'. Aversieve stimuli kunnen ons echter ook motiveren om mogelijke confrontatie ermee te voorkomen. Hetzij door iets te doen, hetzij door juist iets te laten.



*Figuur 1: passieve vermijding*

Stel, u bent geïnteresseerd in politiek. Politiek boeit u, u leest er veel over, houdt de ontwikkelingen bij en praat er graag over. Met diverse mensen om u heen levert dat leuke discussies op, maar met één van uw beste vrienden heeft u de ervaring dat juist het onderwerp 'politiek' binnen de kortste keren tot onmin en een ijzige sfeer leidt. De kans is groot dat u voortaan de politiek, hoezeer het u ook bezighoudt, bij deze vriend niet meer zal aansnijden. Dit 'laten van iets wat u graag doet' is een voorbeeld van passieve vermijding. Wanneer het inderdaad een van uw beste vrienden betreft, dat wil zeggen iemand met wie er genoeg andere dingen juist in aangename sfeer te doen of te bepraten zijn, is de kans groot dat u geleidelijk aan in zijn aanwezigheid zelfs niet meer op het idee komt van iets 'politieks'. Met andere woorden: U merkt dan niet meer dat u iets 'laat' en dus ook niet meer waarom u het laat.



*Figuur 2: actieve vermijding*

Iets vergelijkbaars doet zich voor bij de ontwikkeling van actieve vermijding. Bij actieve vermijding gaat het er om *juist* datgene te doen waardoor het uitblijven van iets aversiefs zeker gesteld wordt. Een heel simpel voorbeeld is het tijdig uitblazen van een brandende lucifer waarmee een pijnlijke confrontatie van de vlam tegen je vingers voorkomen wordt. In de meeste gevallen van lucifers uitblazen zal de blazende persoon er niet bij stilstaan dat hij of zij iets doet om confrontatie met iets aversiefs te voorkomen.

Passieve en actieve vermijding zijn alleen mogelijk als de omgeving ons voorziet van voorboden van de op handen zijnde onaangename confrontatie. Met betrekking tot *passieve* vermijding hebben deze voorboden de functie van een *rood\_stoplicht*. In de zojuist beschreven situatie van het voorkomen van een ijzige sfeer door het nalaten van politieke discussies, kan alles wat verband houdt met politiek en wat zich op dat moment in het contact met deze vriend voordoet, een dergelijke rood licht functie hebben. Bijvoorbeeld: de krant die bij deze vriend op tafel ligt met op de voorpagina 'hot news' over recente politieke ontwikkelingen, of een opmerking van de betreffende vriend over het kunstbeleid in het plaatselijke museum. Zowel de krant als de opmerking fungeren als stopsignaal: ho, stop, hier niet op doorgaan. Met betrekking tot *actieve* vermijding dienen de betreffende voorboden eerder als *richtingaanwijzer*.

Bij de brandende lucifer impliceert een voorbode het volgende: als je nu blaast, blijft een pijnlijke confrontatie met vuur gegarandeerd uit. Een zekere afstand tussen de vlam en je vinger geeft je de kans om je, door iets te *doen* veilig te stellen. Met een halt afgebrande lucifer - zonder vlam- in je hand zit je safe.

Hiermee keren we terug naar de theorie van de dominante actieve vermijding. En daarmee ook terug naar de therapiepraktijk en naar de vraag welke stimuli het naar wens verlopende functioneren bepalen en die, als zij afwezig zijn, de cliënt van slag doen raken. Volgens de theorie van de Dominante Actieve Vermijding wordt de levenswijze van cliënten beheerst door het voorkomen van een afwijzend sociaal oordeel. Bij cliënten is de fundamentele bestaansdimensie 'het al of niet over het hoofd gezien worden door anderen' dus toegespitst op één specifiek sociaal oordeel. De *inhoud* van dit oordeel verschilt per persoon. Zo kan het bestaan van de ene cliënt draaien om het voorkomen van 'nutteloos gevonden worden', terwijl bij een andere cliënt het 'niet saai gevonden worden' centraal staat. In alle gevallen echter staat het gehele doen en laten in het teken van deze cliëntspecifieke aversieve stimulus die bijgevolg de *invaliderende* stimulus is geworden.

Er voor zorgen dat een bepaald afwijzend oordeel niet over je kan komen, betekent in de praktijk niet veel anders dan het *tegendeel* over jezelf bewijzen. Voor cliënten wier levenswijze beheerst wordt door een invaliderende stimulus geldt, dat zij uitstekend uit de voeten kunnen in omstandigheden die kansen bieden om het tegendeel van de invaliderende stimulus te tonen. Dus degene voor wie het oordeel 'nutteloos' de invaliderende stimulus is, zal met name dingen doen waarmee hij zich juist nuttig maakt terwijl degene voor wie 'saai' de invaliderende stimulus is, het juist moet hebben van dingen waarmee hij zich origineel of verrassend betoont. Het klachtenvrij functioneren van beide cliënten wordt gekenmerkt door *dominante actieve vermijding*, namelijk van de invaliderende stimulus. Beide cliënten komen echter in de problemen als zij in omstandigheden terecht komen waarin de mogelijkheid ontbreekt om de voor hen geldende 'tegenbewijzen' te creëren. Het aldus wegvallen van vermijdingsmogelijkheden doet de cliënt totaal van slag raken. Deze ontregelingsmomenten vormen de basis van het ontstaan van klachten die zich in velerlei vormen kunnen voordoen.

Klachten ontwikkelen zich dus niet zonder reden. Zij bieden de cliënt een soort noodgreep op die momenten waarop de omstandigheden het onmogelijk maken om het een en ander naar wens te laten verlopen. Per cliënt ziet deze noodgreep, alias de klachten er anders uit.

Cliënten worden doorgaans op grond van de *soort* klachten die zij hebben, ingedeeld. In de constructionele benadering weegt echter het feit *dat* iemand van slag raakt en *dat* hij klachten heeft, zwaarder dan de *soort* klachten die hij heeft. Cliënten worden dus niet onderscheiden naar soort klachten, maar naar de soort *stimuli* die hun dominante actieve vermijding beheersen. Deze stimuli worden in kaart gebracht en samengevat in een zogenaamd 'functioneringsmodel' wat van elke cliënt wordt gemaakt.

<b>Functioneringsmodel</b> invaliderende S; 'onbetrouwbaar'	
<b>kansen</b>	<b>veiligheidssignalen</b>
verwaarloosd spul . R	mooi ogend product
een ander doet of zegt . R iets onaardigs	ongemak bij de ander
een ander uit zijn/haar . R probellem	de ander vertelt meer, gaat door
ander verveelt zich . R	actieve, blijde ander

*Figuur 3: functioneringsmodel*

Ter illustratie hierbij het functioneringsmodel van een vrouw die lijdt aan paniekaanvallen, straat- en claustrofobie. In dit model is te zien dat *wat* de cliënt tot eigen tevredenheid gedaan heeft onbelangrijk is: het 'doen' wordt met een simpele letter R aangeduid. Veel meer plaats dus voor enerzijds: wat haar de kans geeft om te doen (linkerkolom) en anderzijds: wat haar vervolgens veilig stelt (rechterkolom). Beide soorten stimuli moeten aanwezig geweest zijn in de door de cliënt genoemde naar wens lopende situaties.

Beide zijn te achterhalen als de cliënt zich de desbetreffende situatie nog voor de geest kan halen.

Voor het achterhalen van iemands invaliderende stimulus ligt dat anders. Deze heeft de cliënt immers weten te voorkomen op het betreffende moment. Om toch de *inhoud* van de invaliderende stimulus aan de weet te komen, vragen we de cliënt dan ook om zich voor te stellen hoe het er voor hem had uitgezien als hij op dat moment *niet* had gedaan wat hij nu juist wel, én tot tevredenheid gedaan heeft. Deze zogenaamde contrastvraag luidt als volgt: "Stel, U had dat op dat moment niet gedaan, wat zou er dan voor oordeel over u in de lucht gehangen hebben?"

### **Aanleren en geen afleren**

De functioneringsgerichte en stimulusgerichte aanpak doet zich niet alleen in de diagnostische fase van een constructionele therapie gelden, maar is ook kenmerkend voor de wijze waarop de klachten van de cliënt verholpen worden. Dit gebeurt niet door de klachten als zodanig aan te pakken maar door er voor te zorgen dat ze als noodgreep *overbodig* worden.

De theorie van de Dominante Actieve Vermijding biedt twee wegen waarlangs het van slag raken van de cliënt en dus klachtontwikkeling voorkomen kan worden. Beide routes beogen een vergroting van het functioneringsbereik van de cliënt.

De ene mogelijkheid is om de cliënt te houden bij zijn specifieke levenswijze en hem deze te laten uitbreiden naar situaties waarvoor hij tot nu toe nog geen vorm gevonden had. Deze aanpak impliceert generalisatieprocessen van de stimuli die iemands Dominante Actieve Vermijding beheersen. Peter Wieringa zal straks uit de doeken doen hoe dit in zijn werk gaat.

De andere mogelijkheid betreft het aanspreken van de *passieve* vermijding van de invaliderende stimulus. Passieve vermijding is het nalaten van iets ter voorkoming van een aversieve, in casu de invaliderende stimulus. Passieve vermijding is het laten waarvan je op den duur niet meer merkt *dat* je iets laat. Hierbij even terug naar het voorbeeld van de nagelaten politieke discussie ter voorkoming van een ijzige sfeer. Het op den duur nauwelijks meer merken dat je iets nalaat, impliceert dat de aversiviteit van een ijzige sfeer aanzienlijk sterker is dan de attractiviteit van de politiek.



De trekkracht van deze laatste is immers nauwelijks meer merkbaar. Zo ook bij passieve vermijding met betrekking tot invaliderende stimuli: de trekkracht van attractieve stimuli en ook de afstotingskracht van aversieve stimuli heeft het afgelegd tegen de veel krachtiger invaliderende stimulus. Door middel van de behandelingsprocedure Vrije Differentiatie wordt de verdwenen kracht en daarmee de verdwenen invloed van deze stimuli weer op peil gebracht. Daarmee wordt bereikt dat er in het bestaan van de cliënt ook andere stimuli houvast gaan geven naast de reeds aanwezige aanknopingspunten voor zijn actieve vermijding. Van dit houvast zal de cliënt vooral profiteren wanneer de mogelijkheden tot actieve vermijding ontbreken. Op momenten dus waarop hij voorheen van slag raakte en in klachten verviel. Voor zover de omstandigheden wel actieve vermijdingsmogelijkheden bieden, heeft de cliënt deze nieuwe houvasten niet nodig. Ze zijn immers niet beter dan, de cliënt op het lijf geschreven en naar wens verlopende functioneringswijze. Er is dus geen reden om de cliënt iets *af* te leren. Hendrik Vlamings zal u straks de praktijk van de Vrije Differentiatie tonen.

De drie besproken kenmerken functioneringsgericht, stimulusgericht en aanleren, verlenen de constructionele benadering haar eigen karakter. Niet alleen in theorie maar ook in de praktijk. In de therapiezittingen hebben therapeut en cliënt het met name over heel gewone, alledaagse dingen. *Inhoudelijk* gezien misschien niet bijster interessant. Des te beter! Dan is er immers minder kans op dat de therapeut wordt afgeleid door dingen die hem persoonlijk aanspreken. Volop gelegenheid dus om het *therapeutisch* belang te laten prevaleren. Hiermee is overigens *niet* gezegd dat de uitvoering van een constructionele therapie altijd even gemakkelijk is. Maar: ik zou u de ingewikkeldheden besparen!

### Literatuur

- Bakker-de Pree, B.J. (1984), De rijkdorm van de leertheorie in de constructionele gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 17, 1, 179-199.
- Bakker-de Pree, B.3. (1987), *Constructionele Gedragstherapie* Nijmegen, Dekker & v.d.Vegt.
- Skinner, B.F. (1989). The origins of cognitive thought. In: B.F.Skinner, *Recent Issues in the Analysis of Behavior*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.