

Blinde versterking Klachten verhelpen zonder erop in te gaan.¹

A.A.J.M. Beenackers², B.E.E. Bruins³ en F.S. Prins⁴

Samenvatting

In dit artikel wordt een therapie beschreven, waarbij klachten worden verholpen, zonder dat er op deze klachten wordt ingegaan. Dat gebeurt door het versterken van die activiteiten van de cliënt, die hem weer greep geven op zichzelf en zijn omgeving. De therapeut doet dit uitsluitend door het stellen van vragen. Daarbij concentreert hij zich op die situaties, waarin de cliënt zich prettig voelde, en op die activiteiten, waaraan hij voldoening beleefde. De blik van de cliënt, die door de klachtendruk naar binnen gericht was, op de eigen toestand, wordt daardoor weer naar buiten gericht, op die aspecten van zijn omgeving, die hem in staat stellen zo te reageren, dat hij daar zelf tevreden mee is. Zijn klachten zullen daardoor verdwijnen. De eerste onderzoeksresultaten bevestigen dit effect.

Inleiding

In dit artikel beschrijven we een nieuwe gedragstherapeutische behandeling in de psychiatrie, die bij insiders bekend staat als 'constructionele gedragsanalytische begeleiding', maar die we hier presenteren onder de naam 'blinde versterking': dat ligt beter in het gehoor en is als typering ook treffender. De term 'versterking' slaat op de cliënt, wiens klachtvrije gedragsrepertoire zodanig wordt versterkt, dat zijn klachten vanzelf verdwijnen. De therapeut hoeft zich daarbij niet te verdiepen in de klachten van de cliënt.

¹ Eerder gepubliceerd in Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGv, 6-96, 607-618)
Toestemming voor herpublicatie is verleend.

² Dr A.A.J.M. Beenackers (1944), psycholoog, als onderzoeker werkzaam bij de RIAGG Gooi en Vechtstreek in Hilversum en de RIAGG Flevoland in Lelystad.

³ Drs B.E.E. Bruins (1952), klinisch psycholoog/psychotherapeut, hoofd psychotherapie bij de RIAGG Midden-Holland in Gouda.

⁴ Drs F.S. Prins (1952), psycholoog/psychotherapeut, als constructioneel gedragstherapeut en coördinator werkzaam bij de afdeling Volwassenenzorg van de RIAGG Zaanstreek/Waterland.

Hij hoeft bijvoorbeeld niet na te gaan hoe de klachten zijn ontstaan. Hij hoeft ook niet te onderzoeken door welke factoren de klachten in stand worden gehouden. Hij hoeft het gedrag van de cliënt ook niet te verklaren. Hij doet zijn werk als het ware 'blind'. Deze term slaat dus op de therapeut.

We besteden eerst aandacht aan het theoretisch kader. Daarna volgt een beschrijving van de werkwijze. Vervolgens presenteren we een overzicht van de praktijk: het aantal therapeuten dat volgens deze methode werkt, het soort instellingen waarbij ze werkzaam zijn, het aantal uitgevoerde behandelingen en een voorlopige indruk van de resultaten. Ter afsluiting van dit artikel wordt de balans opgemaakt.

De constructionele gedragsanalytische visie

Aan de techniek van de blinde versterking ligt een theorie ten grondslag over het ontstaan en verhelpen van klachten. Deze theorie, die in de jaren tachtig ontwikkeld werd door Bakker - de Pree (1984, 1987a, 1987b en 1989a), steunt op een tweetal visies: de constructionele visie (Goldiamond, 1974; Delprato, 1981) en de gedragsanalytische visie (Mowrer, 1960; Skinner, 1966, 1989; Krasner, 1980; Timberlake, 1984).

Bakker - de Pree is een Nederlandse gedragstherapeute, die psychologie studeerde in Utrecht en Amsterdam, en zich in de jaren zestig specialiseerde bij Meyer en Eysenck in Londen. Zij publiceerde over uiteenlopende onderwerpen op het gebied van de gedragstherapie, zoals ontwikkelingspsychologie (1989b), diagnostiek (1985a, 1993a), methodiek (1983), therapieproces (1985b) en opleiding (1990a, 1990b, 1993b). In 1987 promoveerde zij aan de Universiteit van Amsterdam.

Onze gezondheidszorg is in hoofdzaak gebaseerd op de eliministische visie: datgene, dat aanleiding geeft tot klachten, moet uitgeschakeld worden. Volgens de constructionele visie moet datgene, dat geen aanleiding geeft tot klachten, zodanig versterkt worden, dat het probleemgedrag zijn functie verliest en daardoor overbodig wordt en verdwijnt. Er moet in de therapiepraktijk dus niet *afgeleerd* maar *aangeleerd* worden.

Volgens de gedragsanalytische visie wordt menselijk gedrag via conditioneringsprocessen aangestuurd door de omgeving. Door de sturing van het organisme in de omgeving te lokaliseren, en niet in het

organisme zelf, komt in de therapiepraktijk de *buitenwereld* van de cliënt centraal te staan en niet de *binnenwereld*.

Het combineren van de constructionele visie (*aanleren* in plaats van *afleren*) met de gedragsanalytische visie (*door externe sturing* in plaats van *interne sturing*) resulteerde bij Bakker - de Pree op theoretisch niveau in een nieuwe visie op het ontstaan van neurotische klachten, de theorie van de 'dominante actieve vermijding', en op praktisch niveau in de op deze theorie gebaseerde 'constructionele gedragstherapie'. Het is een strikt behavioristische therapievorm, die gericht is op het ontwikkelen van concrete vaardigheden en tot doel heeft het functioneren over de hele linie te verbeteren, en dus niet slechts op deelgebieden. In het spectrum van gedragstherapeutische stromingen vertegenwoordigt deze variant het ene uiterste, tegenover de cognitieve en directieve klachtgerichte vormen aan de andere kant. Bakker - de Pree heeft deze therapie niet ontleend aan buitenlandse voorbeelden, maar zelf ontwikkeld. Ze heeft haar kennis van de leertheorie en haar bevindingen als therapeute altijd systematisch op elkaar betrokken. Uit deze wisselwerking is iets nieuws voortgekomen. Voor een omvangrijke beschrijving van zowel de theorie als de therapie verwijzen we naar haar publicaties; in het bijzonder naar haar dissertatie (1987a). We volstaan in dit artikel verder met een eenvoudige beschrijving van de belangrijkste principes.

Constructionele gedragstherapie bestaat uit verschillende technieken. Die technieken hebben tot doel het bij de cliënt aanwezige klachtvrije gedragsrepertoire te versterken en alternatief repertoire aan te leren. Alleen het versterken van het aanwezige repertoire kan blind geschieden. Voor het aanleren van alternatief repertoire moet de constructionele gedragstherapeut het functioneren van de cliënt in kaart brengen. Het aanleren van alternatief repertoire komt in beginsel pas ter sprake als (blinde) versterking ontoereikend is. Toen steeds meer therapeuten op intervisiebijeenkomsten er gewag van maakten dat vaak met blinde versterking volstaan kon worden, heeft het idee postgevat blinde versterking als een zelfstandige techniek te presenteren, los van de overige technieken. Dat gebeurt ook in dit artikel: de technieken, waarmee alternatief gedrag wordt aangeleerd, laten we buiten beschouwing.

Het ontstaan van klachten

Om zich te kunnen handhaven moet iemand voortdurend inhaken op zijn omgeving. Ieder mens doet dat door te reageren op die aspecten van zijn omgeving, die hem in het verleden in staat gesteld hebben iets te doen dat hem greep gaf op de situatie waarin hij verkeerde. Voor ieder mens zijn dat weer andere aspecten, omdat ieder mens op zijn eigen manier geleerd heeft in te spelen op zijn omgeving. Omdat dit leerproces uniek is, ontwikkelt ieder mens een eigen, karakteristieke stijl van doen en laten; een persoonlijke manier om zich staande te houden. Deze persoonlijke stijl is iemands sterkste kant, omdat juist hieraan de mogelijkheid wordt ontleend om zich in uiteenlopende situaties te handhaven. Zolang iemand in zijn omgeving voldoende aanknopingspunten vindt om zich van zijn sterkste kant te laten zien, heeft hij grip op de situatie. Hij kan door iets te doen zijn eigen toestand consolideren of verbeteren, en voelt zich daardoor veilig, sterk en comfortabel. De ontwikkeling van klachten is dan vrijwel uitgesloten.

Iemand die terecht komt in een omgeving, waarin geen aanknopingspunten zijn voor zijn vertrouwde functioneren, mist in zo'n situatie ieder houvast, en zal zich daardoor uiterst onbehaaglijk voelen. Wie behulpzaam is ingesteld, komt niet tot zijn recht in een omgeving waarin iedereen zich goed weet te redden. Wie prestatiegericht is, kan niet uit de voeten in een omgeving waarin er voor presteren geen gelegenheid is. Enzovoorts. Door dit gebrek aan houvast in de desbetreffende situatie, verliest het individu zijn greep op de omgeving en zichzelf. Het kan niets meer doen om zijn eigen toestand te verbeteren of zelfs maar te consolideren. Het raakt van slag. Er treedt ontregeling op. Uiteindelijk kan dit leiden tot het ontwikkelen van psychische en psychosomatische klachten. Het optreden van dergelijke klachten is voor het desbetreffende individu dus situatiegebonden: in andere situaties, waarin het wel aanknopingspunten voor zijn vertrouwde doen en laten had kunnen vinden, zouden de klachten zich niet hebben voorgedaan. Het effect van klachten is dat iemand er in toenemende mate door in beslag wordt genomen. De blik wordt naar binnen gericht, op de eigen toestand, en niet meer naar buiten, op de omgeving. Aanknopingspunten voor het vertrouwde doen en laten worden daardoor steeds minder opgemerkt, ook als deze weer in de directe omgeving aanwezig zijn. Voor iemand, die gewoonlijk snel

de helpende hand biedt, kan dat betekenen, dat het hem ontgaat dat hulp weer op prijs wordt gesteld. De mogelijkheden om weer regelend op te treden of weer prestaties te leveren, worden niet meer opgemerkt. Enzovoorts. Het functioneren kan zich daardoor niet herstellen. De klachten gaan dan zichzelf versterken.

Niet ingaan op klachten

Blinde versterking is een techniek waarmee de aandacht weer op de omgeving wordt gericht. De kijkrichting van de cliënt wordt als het ware omgedraaid: van binnen naar buiten, van de klachten die hem in beslag nemen naar de mogelijkheden die de omgeving biedt om naar eigen tevredenheid te functioneren. Door deze mogelijkheden weer te benutten, kunnen de klachten verdwijnen.

Het omkeren van de kijkrichting geschiedt door de therapeut, die in zijn gesprek met de cliënt door middel van vragen diens aandacht consequent op zijn omgeving probeert te richten. Hij doet dat door hem te vragen zich een recente situatie voor de geest te halen, en door hem vervolgens te vragen naar zijn ervaringen en activiteiten in deze situatie. Als de cliënt zich zo'n situatie voorstelt, en zich de gebeurtenissen weer voor de geest haalt, ziet hij niet zichzelf voor zich, maar zijn omgeving: hij praat dan immers over zijn ervaringen van toen, en dat zijn ervaringen waarbij hij niet zichzelf waarnam, maar zijn omgeving. Dit is de kern van de techniek: door de cliënt over zijn doen en laten te laten praten, en over zijn toestand in relatie tot dit doen en laten, wordt bewerkstelligd dat hij om zich heen gaat kijken. De blik wordt van binnen naar buiten gekeerd. En door daarbij vragen te stellen over die activiteiten, die de cliënt een veilig gevoel gaven, die hem voldoening schonken, richt de therapeut de blik van de cliënt op die aspecten van zijn omgeving, die hem in staat stellen naar eigen tevredenheid te functioneren. Tegelijkertijd neemt daardoor zijn aandacht af voor al die aspecten van zijn omgeving, die hem niet in staat stellen, of zelfs belemmeren, om naar eigen tevredenheid te functioneren.

De omgevingsaspecten, waarop de cliënt in de therapie attent is gemaakt, zullen hem vervolgens ook buiten de therapie steeds meer gaan opvallen. Bijgevolg zal hij in zijn omgeving steeds meer mogelijkheden zien om zich op zijn eigen manier te manifesteren, en zich daarbij veilig, sterk en comfortabel te voelen. Dit heeft een

evenredige afname van de klachten tot gevolg. Omdat dit alles niet met de cliënt wordt besproken, kan het voor hem lijken alsof zijn klachten vanzelf verdwijnen. En in feite is dat ook zo.

Alleen maar vragen stellen

De therapeut stelt alleen maar vragen. Hij doet geen suggesties, geeft geen adviezen of opdrachten, onthoudt zich van labeling, geeft geen complimenten of reprimandes, enzovoorts. Omdat de therapeut alleen maar vragen stelt, kan de werkwijze beschreven worden door aan te geven wanneer welke vragen worden gesteld. We doen dat in dit artikel in hoofdlijnen schetsmatig, en waar het de details betreft exemplarisch. We volgen daarbij de voorlopige handleiding van Bruins, Vlamings en Bakker - de Pree (1996).

Welke vragen er gesteld worden, en hoe die vragen precies luiden, is vooral afhankelijk van de mate waarin de cliënt door zijn klachten in beslag wordt genomen.

Schoonpraten

Praat de cliënt over zijn klachten, en blijft hij over zijn klachten praten, dan blijft de therapeut aandachtig luisteren, maar hij gaat er niet op in. De vragen van de therapeut zijn alleen maar als vraag bedoeld, en bijvoorbeeld niet als een middel om de cliënt af te kappen. Hij moet de cliënt dus aandachtig blijven volgen, al was het alleen maar om te bezien wanneer hij met zijn vragen aan de slag kan gaan, of weer verder kan gaan. Omdat cliënten vaak eerst hun verhaal kwijt moeten, alvorens hun oor aan de therapeut te kunnen lenen, zijn dergelijke 'verstoringen' van de therapie schering en inslag. Om de kans, dat dit tijdens het gesprek zoveel mogelijk te beperken, begint de therapeut iedere zitting meestal met een inleidende vraag (*En, hoe ging het deze week?*), waarmee hij de cliënt de ruimte geeft om alles wat hem op dat moment bezighoudt naar voren te brengen. Aldus krijgt de cliënt als het ware de gelegenheid zich eerst 'schoon' te praten.

Techniek 1

Er kan in beginsel op twee manieren een einde komen aan het praten over klachten. Het kan dat de cliënt uit zichzelf een situatie ter sprake brengt, waarin hij niet door zijn klachten in beslag werd genomen. Het

is ook mogelijk dat de cliënt zich zo'n situatie weet te herinneren als de therapeut ernaar vraagt (*Zijn er ook momenten geweest waarop u niet door uw klachten in beslag werd genomen?*). Als de cliënt deze omslag niet uit zichzelf maakt, en ook niet blijkt te kunnen maken als de therapeut ernaar vraagt, zal de therapeut hem vragen zich een recente situatie voor de geest te halen (*Weet u nog waar u gisteravond was?*), en hem vervolgens vragen naar zijn ervaringen en belevenissen in die situatie (*Weet u nog wat er zoal gebeurde?*), om deze vervolgens te relateren aan de toestand waarin hij verkeerde (*En hoe was ú er toen aan toe: was u er met uw aandacht bij, of werd u door uw klachten in beslag genomen?*). Dit wordt steeds herhaald, waarbij telkens een andere situatie wordt gekozen (*Weet u nog waar u gistermiddag was?*), et cetera.

De cliënt wordt door deze vragen geattendeerd op het verschil tussen situaties waarin hij zich goed voelde en situaties waarin hij door zijn klachten in beslag werd genomen.

Techniek 2

Als de cliënt in een volgende zitting momenten weet te noemen, waarin hij niet of minder door zijn klachten in beslag werd genomen, zal de therapeut vragen naar zijn activiteiten op deze momenten (*Weet u nog wat u toen zoal deed?*). Ook deze vraag wordt gevolgd door een vraag over zijn toestand, maar nu als resultante van de door de cliënt ondernomen activiteiten (*Gaf dat u een goed gevoel over uzelf?*). Als die activiteit inderdaad bijdroeg aan een goed gevoel over zichzelf, laat de therapeut de cliënt zolang mogelijk bij die situatie stilstaan. Hij doet dat door deze situatie systematisch te verkennen. Daartoe stelt hij vragen in de trant van *Hoe begon u aan die activiteit? Toen u bezig was, hoe ging dat in zijn werk? Op welk moment bent u ermee gestopt? En hoe bent u ermee gestopt?*

De cliënt wordt door deze vragen geattendeerd op die aspecten van zijn omgeving, die hem in staat stellen zich te gedragen op een manier die bij hem past, waarbij hij zich goed voelt.

Techniek 3

Als er tijdens de therapie al een zeker herstel heeft plaatsgevonden, zal de therapeut nagaan of de cliënt verschillende momenten weet te noemen, waarop hij zich als gevolg van zijn eigen activiteiten goed

voelde (*Zijn er dingen geweest, die u de afgelopen dagen gedaan heeft, en die u een goed gevoel over uzelf gegeven hebben?*). Als de cliënt daarin zonder al te veel moeite slaagt, zal de therapeut op zoek gaan naar de activiteit die hem het meeste voldoening geschonken heeft (*Welke van deze dingen, die u gedaan heeft, heeft u het beste gevoel over uzelf gegeven?*). De therapeut zal de cliënt vervolgens vragen dat gevoel weer op te roepen en even vast te houden (*Kunt u nog terughalen hoe dat voelde?*). Vervolgens zal de therapeut de cliënt vragen zich één van de genoemde andere activiteiten voor de geest te halen, een activiteit die hem een iets minder goed gevoel gegeven heeft, en hem vragen of hij, terugkijkend, in de desbetreffende situatie ook iets had kunnen doen dat hem net zo'n goed gevoel opgeleverd zou hebben als de activiteit die hem het meeste voldoening schonk (*Zou u, met de ogen van nu, in die situatie willen rondkijken om te bezien of u ook iets anders had kunnen doen, iets dat u ook dat zeer goede gevoel over uzelf had opgeleverd?*).

De cliënt wordt door deze vragen geattendeerd op die aspecten van zijn omgeving, die hem nog beter in staat hadden kunnen stellen zich te gedragen op een manier die bij hem past, waarbij hij zich goed voelt, comfortabel en veilig. De cliënt leert op deze manier uit iedere situatie te halen wat erin zit.

Schematisch en versimpeld weergegeven, zijn dit de verschillende technieken die de therapeut toepast. Er valt bij deze technieken een zekere opgaande lijn te ontwaren, die correspondeert met de mate waarin de cliënt door zijn klachten in beslag wordt genomen. Het schoonpraten kan gezien worden als voorbereiding op de zitting. Techniek 1 wordt toegepast als de cliënt door zijn klachten in beslag wordt genomen; techniek 2 als klachtvrije momenten ruimschoots aanwezig zijn en techniek 3 als de cliënt weer grotendeels klachtenvrij functioneert. In de loop van de therapie kan er een terugval optreden, dat wil zeggen dat de cliënt sterker dan voorheen door zijn klachten in beslag wordt genomen. Dat gebeurt regelmatig. De therapeut schakelt dan terug naar de bij die toestand passende techniek. De therapeut volgt dus de cliënt, en niet omgekeerd.

De therapeut probeert met zijn vragen vloeiend aan te sluiten bij de verbale inbreng van de cliënt, zodat het voor de cliënt om een gesprek gaat, en niet om het ondergaan van bepaalde procedures. Dat is zelfs voor ervaren therapeuten soms moeilijk. Voor beginners

kan dit echt een probleem zijn. Die dreigen soms het overzicht te verliezen, en hebben dan de neiging terug te vallen op een gestructureerde aanpak.

Praktijk en resultaten

In 1989 werd binnen de Nederlandse Vereniging voor Gedragstherapie de sectie 'Constructionele Gedragsanalyse' opgericht. De sectie houdt zich vooral bezig met voorlichting aan verenigingsleden. Zij organiseert ook workshops en congressen. Er zijn ongeveer 50 leden. Daarnaast werd in 1991 de Stichting Constructionele Gedragsanalyse opgericht. De stichting heeft een verzendlijst van ruim 100 belangstellenden. Het doel van deze stichting is deskundigheidsbevordering door middel van studiedagen en het vervaardigen van studiemateriaal en handleidingen. Voorts geeft de stichting cursussen, waaronder speciale cursussen die uitsluitend gericht zijn op blinde versterking. (*)

Er zijn ongeveer 25 hulpverleners actief als constructioneel gedragstherapeut. Voor hen is blinde versterking één van de technieken waarvan zij zich bedienen. In toenemende mate is dat voor hen ook de belangrijkste techniek: bij het overgrote deel van hun behandelingen blijkt blinde versterking toereikend te zijn. Veel constructionele gedragstherapeuten zijn afkomstig van de basisopleiding psychotherapie van het IMP Utrecht, later RINO Utrecht, waar Bakker - de Pree in de jaren tachtig gedragstherapie doceerde. Daarnaast zijn er ongeveer 25 hulpverleners actief, met name sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, die geen constructioneel gedragstherapeut zijn, en die blinde versterking toepassen als een zelfstandige therapie.

De meeste hulpverleners die constructionele gedragstherapie en/of blinde versterking toepassen, zijn bij een RIAGG werkzaam. Bij tenminste tien RIAGGs maakt deze therapievorm deel uit van het reguliere aanbod. Vooral bij de RIAGG Westelijk Utrecht en de RIAGG Midden-Holland is dat aanbod inmiddels tamelijk omvangrijk. Ook in de intramurale sector wordt deze techniek toegepast: bij een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, een herstellingsoord en enkele categorale instellingen, waaronder een instituut voor doofblinden. Naar schatting zijn er inmiddels tenminste 1600 cliënten met constructionele gedragstherapie behandeld, waarvan meer dan de helft uitsluitend met blinde versterking. De therapeuten hebben zelf de indruk dat de meeste cliënten er behoorlijk van opknappen, terwijl er

relatief weinig cliënten afhaken. En het komt zelden voor dat cliënten er op achteruit gaan.

Bij de RIAGG Midden-Holland te Gouda is door Prins (1994) een eerste evaluatieonderzoek uitgevoerd. Blinde versterking werd hier geïntroduceerd als een zorgvernieuwingsproject, en onderzoek moest uitwijzen of deze vernieuwing als een aanwinst beschouwd moest worden. Prins vergeleek bij dit onderzoek het effect van blinde versterking, uitgevoerd als een zelfstandige therapie, met het effect van een doorsnee RIAGG-behandeling, zoals dat in een onderzoek van het NcGv door Van de Sande e.a. (1992) bij een vijftal RIAGGs was vastgesteld. We geven hier een samenvatting van dat onderzoek.

Tussen april 1991 en september 1992 werden bij de RIAGG Midden-Holland 38 cliënten van de afdeling volwassenenzorg (sociale psychiatrie) in behandeling genomen volgens de techniek van de blinde versterking. Eind februari 1993 werd de balans opgemaakt. Er waren toen 29 behandelingen afgesloten. De looptijd van het experiment, die vooraf was vastgesteld op twee jaar, beperkte zowel het aantal cliënten dat volgens deze methode in behandeling genomen kon worden (38), als het aantal behandelingen dat tijdig was afgesloten (29). De toewijzing van cliënten aan het project was nagenoeg willekeurig: er moest sprake zijn van psychische klachten en de cliënt moest in staat zijn een gesprek te voeren.

Voor wat de aard van de klachten betreft, waren de steekproeven van de RIAGG Midden-Holland en van het NcGv vrijwel identiek: vooral stemmingsklachten, gevolgd door angstklachten, lichamelijke klachten en overige klachten. Ook qua klachtendruk, gemeten met behulp van de SCL-90, was er geen noemenswaardig verschil. Er is tevens gekeken naar demografische kenmerken. Dat leverde evenmin grote verschillen op. De cliënten, die met blinde versterking geholpen werden, lijken dus sprekend op de cliënten uit het NcGv-onderzoek. Het gaat ook hier kennelijk om doorsnee RIAGG-clieënten.

Ook de behandelingsgegevens waren niet noemenswaardig verschillend. Bij de blinde versterkingsgroep werd de frequentie van de gesprekken aan de cliënt overgelaten. Ongeveer de helft van de cliënten koos voor 1 keer per week, de overige cliënten meestal voor 1 keer per 2 weken. Bij het NcGv-onderzoek was de frequentie iets lager: ongeveer de helft van de cliënten had 1 keer per 2 weken een gesprek; de overige cliënten ongeveer in gelijke mate 1 keer per week

en 1 keer per 3 weken. Het aantal gesprekken per behandeling was bij de blinde versterkingsgroep gemiddeld 13. Bij het NcGv-onderzoek was dat 14. De gemiddelde duur was 28 weken; bij het NcGv-onderzoek 34. Geen noemenswaardige verschillen dus.

De behandelingseffecten werden vastgesteld door de SCL-90 niet alleen bij de start maar ook bij de beëindiging van de behandeling af te nemen. Het resultaat lijkt voor blinde versterking iets gunstiger te zijn dan voor de landelijke groep. Zo was er bij blinde versterking nooit sprake van een verslechtering, terwijl dat landelijk bij ruim 5% van de cliënten het geval was. Voorts waren er meer klinisch relevante verbeteringen bij blinde versterking (namelijk 42%) dan landelijk (namelijk 24%). Bij de blinde versterkingsgroep werd 24% van de behandelingen voortijdig afgebroken; bij het onderzoek van het NcGv was dat 57%. Het percentage cliënten, waarbij zowel een voormeting als een nameting kon worden uitgevoerd, bedroeg 74% bij de groep blinde versterking en slechts 24% bij de landelijke steekproef. De resultaten bij de blinde versterkingsgroep zijn daardoor waarschijnlijk minder geflatteerd.

Ofschoon de uitkomsten bij blinde versterking gunstiger lijken, willen we - vooral vanwege de beperkte omvang van de steekproef - niet verder gaan dan de conclusie 'dat niets erop wijst, dat blinde versterking minder effectief zou zijn dan andere behandelingsvormen'.

De belangrijkste punten

Omdat de therapeut uitsluitend naar recente ervaringen vraagt, en daarbij in beginsel nooit verder teruggaat dan ongeveer een week, hoeft de cliënt niet met zijn verleden voor de dag te komen. De therapeut hoeft daar niets van te weten. Een biografisch anamnese is derhalve niet nodig.

De cliënt kiest zijn eigen oplossingen. De therapeut stuurt de cliënt in dit opzicht niet in een bepaalde richting. De hulpverlener hoeft daarom nooit de strijd met hem aan te binden. De cliënt kiest zelf, en wat de hulpverlener betreft kiest hij per definitie nooit verkeerd, ook als hij een keuze maakt die volgens de gangbare opvattingen onverstandig is. Dat is een axioma, waaraan streng de hand wordt gehouden. De therapeut spreekt ook nooit een oordeel uit over de cliënt.

Omdat de sturing van het gedrag in de buitenwereld wordt gelokaliseerd, staat in de therapie de buitenwereld van de cliënt centraal. De vaak moeizame exploratie van de onzichtbare, veelal duistere binnenwereld kan daardoor achterwege blijven.

De klachten worden niet toegeschreven aan iets dat *aanwezig* is (bijvoorbeeld schadelijke omstandigheden, psychische stoornissen of defecten), maar aan iets dat *afwezig* is (aanknopingspunten voor het vertrouwde functioneren). Dat sluit aan bij de beleving van de cliënt, die meestal het gevoel heeft door de klachten te zijn overvallen.

Omdat de klachten verholpen worden zonder erop in te gaan, hoeven die klachten niet geëtaleerd te worden. De cliënt wordt daardoor niet steeds door de therapeut geconfronteerd met datgene waarvan hij verlost wil worden. Hij wordt ook niet met zichzelf geconfronteerd als iemand die moet veranderen: de cliënt kan gewoon zichzelf blijven.

Ofschoon de klachten niet steeds breed uitgemeten hoeven te worden, worden ze voorafgaand aan de behandeling wel zorgvuldig geïnventariseerd, zodat bij afsluiting van de behandeling vastgesteld kan worden hoe effectief de behandeling is geweest. Voorts wordt in het dossier voornamelijk het handelen van de therapeut beschreven, en niet de belevenissen van de cliënt. Het gaat daarbij vooral om de techniek die door de therapeut wordt toegepast en de mate waarin deze techniek bij de cliënt aanslaat.

Als een behandeling geen effect sorteert, wordt dat nooit aan de cliënt geweten. Alleen de therapeut kan falen, bijvoorbeeld doordat hij de verkeerde vragen stelt. Door ieder falen ten principale bij de hulpverlener te leggen, wordt bewerkstelligd dat deze steeds kritisch naar zijn eigen therapeutisch handelen kijkt.

Omdat in de therapie de aandacht wordt gevestigd op die situaties waarin de cliënt klachtenvrij functioneert, en op die activiteiten die hem voldoening schenken, kan bij de lezer het misverstand postvatten dat de techniek iets te maken heeft met een training in positief denken. Dat is beslist niet het geval: de cliënt hoeft niet anders te gaan denken en ook zijn kijk op de wereld hoeft niet te veranderen.

Blinde versterking lijkt effectief te zijn bij allerlei klachten zoals angst, paniek, hyperventilatie, dwanghandelingen, stemmingsklachten, et cetera. Omdat er geen contra-indicaties bekend zijn, wordt op voorhand geen enkele psychische of psychosomatische klacht

uitgesloten. De praktijk zal uiteindelijk moeten uitwijzen in welke situaties deze behandelingsvorm de voorkeur verdient boven de meer gangbare behandelingsvormen. Vergelijkend onderzoek lijkt ons daarbij van essentieel belang.

Ofschoon de techniek qua opzet eenvoudig is, vergt deze van de huidige hulpverleners een uitzonderlijke discipline: men heeft geleerd te kijken en moet nu de ogen sluiten; men is gewend naar de klachten te informeren en moet daar nu van afzien; men is gewend adviezen, aanwijzingen en opdrachten te geven en moet dat nu achterwege laten; et cetera. Vrijwel alles wat men geleerd heeft, moet men terzijde stellen. Dat maakt ook dat in beginsel iedereen deze techniek kan leren: vooropleiding en ervaring in de gezondheidszorg zijn waarschijnlijk nauwelijks relevant. Wel de bereidheid en het vermogen om alles vanuit een ander gezichtspunt te bekijken, en daar consequent en gedisciplineerd naar te handelen.

Literatuur

- Bakker - de Pree, B.J. Vrije differentiatie: een nieuwe gedragstherapeutische methode. *Gedragstherapie*, 16 (1983), 4 (december), pag. 323-333.
- Bakker - de Pree, B.J. De rijkdom van de leertheorie in de constructionele gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 17 (1984), 3 (september), pag. 179-197.
- Bakker - de Pree, B.J. Het proces van functionele analyse. In: Orlemans J.W.G., P. Eelen en W.P. Haaijman (red), *Handboek voor de Gedragstherapie*, aflevering 13, A 15.3, pag. 1-28. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985a.
- Bakker - de Pree, B.J. Het functioneren van de cliënt in de therapiesituatie. In: Orlemans J.W.G., P. Eelen en W.P. Haaijman (red), *Handboek voor Gedragstherapie*, aflevering 14, E 4, pag. 179-197. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985b.
- Bakker - de Pree, B.J., *Constructionele gedragstherapie*. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1987a. (Ook verschenen als proefschrift, Universiteit van Amsterdam)
- Bakker - de Pree B.J. *Behavior Analysis of Successful Behavior: the Device for Identifying Wich Stimuli, If Wanting, Cause Neurotic Disorder*. Paper presented at the Thirteenth Annual Convention of

- the Association for Behavior Analysis, Nashville, Tennessee, 1987b.
- Bakker - de Pree, B.J. *Behavior Analysis of Human Life: an Alternative Approach to the Concept of Personality*. Paper presented at the Fifteenth Annual Convention of the Association for Behavior Analysis, Milwaukee, Wisconsin, 1989a.
- Bakker - de Pree, B.J. Wat leren wij onze kinderen? In: Pier Prins en Cees de Wit (red), *Kind op het spoor*. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger, 1989b.
- Bakker - de Pree, B.J. (On)opleidbaarheid van psychotherapeuten: de persoon van de opleider als onafhankelijke variabele. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16 (1990a), 5, pag. 258-265.
- Bakker - de Pree, B.J. Leertherapie: 'passe-partout of finishing touch'. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16 (1990b), 4, pag. 166-172.
- Bakker - de Pree, B.J. Functie-analyse: 'back to the basics'. *Gedragstherapie*. 26 (1993a), 3, pag. 205-210.
- Bakker - de Pree, B.J. Supervisie in de opleiding van constructionele gedragstherapeuten. In: Van Praag - Asperen H.M. en Ph.H. van Praag (red), *Handboek supervisie en intervisie in de psychotherapie*. Amersfoort, Academische uitgeverij, 1993b.
- Bruins, B.E.E., H.S.M. Vlamings en B.J. Bakker - de Pree, *Constructionele gedragstherapie: functioneringsversterking*. Een beknopt overzicht van beslissingsmomenten en behandelprocedures. Utrecht, Stichting Constructionele Gedragsanalyse, 1996.
- Delprato, D.J. The Constructional Approach to Behavior Modification. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12 (1981), 1, pag. 49-55.
- Goldiamond, I. Toward a Constructional Approach to Social Problems. *Behaviorism*, vol. 2 (1974), 1, pag. 1-85.
- Krasner, L. (ed), *Environmental design and human behavior*. New York, Pergamon Press, 1980.
- Mowrer, O.H. *Learning theory and behavior*. New York, Wiley & Sons, 1960.
- Sande, R. van der, F. van Hoof en G. Hutschemaekers. *Vraag en aanbod in de Riagg*. Utrecht, NcGv, 1992.
- Skinner, B.F. *Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis*. New York, Appleton, 1966.

- Skinner, B.F. *Recent Issues in the Analysis of Behavior*. Columbus, Merrill Publishing Company, 1989.
- Timberlake, W. Behavior regulation and learned performance: some misapprehensions and disagreements. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 41 (1984), 3, pag 355-375.
- Prins, F.S., *Evaluatie behandelprogramma 'constructioneel gedragsanalytische begeleiding' in de sociaal-psychiatrische behandelingssetting*. Effecten en Implementatie. Gouda, Riagg Midden-Holland, 1994.

Summary

This therapy implies reinforcing those activities of the client that return his grip on himself and his environment. The therapist's only technique is asking questions. In doing so he concentrates on those situations in which the client felt comfortable and on those activities that give him satisfaction. This way, the client's attention, which, as a result of the pressure of his complaints, was directed inward, is now directed outward, on those aspects of his environment that enable him to react in a satisfactory way. This way his complaints will disappear. Research confirms this effect.