

## **Herstel van Persoonlijk Succesvol Functioneren: rode draad bij gedragsactivering<sup>1</sup>**

Bart Bruins<sup>2</sup>

### **Inleiding**

In de ouderenpsychiatrie is de focus van de behandeling vaak gericht op het beperken van het problematische functioneren van de cliënten, zowel emotionele ontregeling als gedragsontregeling. Dat is niet verwonderlijk, want het *on*problematisch functioneren neemt met het toenemen van de leeftijd vaak af. Een scala van verlieservaringen – werk, daginvulling, dierbaren en gezondheid- is daar debet aan.

In dit symposium willen wij u laten zien dat ook een andere ingang mogelijk én wenselijk is: herstel van het *on*problematisch functioneren. Daartoe hebben wij voor u drie presentaties. Wij zullen u de resultaten presenteren van een jarenlang ontwikkelingstraject dat nu min of meer vaste vormen heeft gekregen, maar nog niet uitontwikkeld is. Wij zullen u vooral meenemen naar de praktijk en daarbij proberen u niet af te leiden door onnodig vakjargon. Maar vooraf wil ik graag u in vogelvlucht meenemen langs de belangrijkste uitgangspunten en leertheoretische fundamenten van onze benadering. Want een functioneringsgerichte gedragstherapie<sup>3</sup> is gedragstherapie ‘pur sang’ met een stevig conditioneringstheoretisch fundament. Maar de focus is wel anders dan in de huidige cognitieve gedragstherapie gebruikelijk: op het adaptieve, operante gedrag van de cliënt.

---

<sup>1</sup> Voordracht Symposium ‘Functioneringsgericht maatwerk in de ouderen psychiatrie’, Najaarscongres ‘Are you being served?’ van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT) en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie, 14 november 2008, Veldhoven

<sup>2</sup> RIVIERDUINEN, organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, Leiden

<sup>3</sup> De functioneringsgerichte gedragstherapie is ontwikkeld onder de naam Constructionele gedragstherapie. De grondlegger is de Nederlandse gedragstherapeut en gedragsanalist Beata J. Bakker – de Pree (1984,1987)

### **Gedragsactivering**

Functioneringsgerichte gedragstherapie heeft verwantschap met de gedragsactivering zoals deze in het begin van de zeventiger jaren ontwikkeld is door Ferster (1973) en Lewinsohn (Lewinsohn & Libet, 1972; Lewinsohn & Graf, 1973) voor de behandeling van depressie. De veronderstelling van deze auteurs was dat een depressieve stemming veroorzaakt wordt door een (geleidelijke) vermindering van operant gedrag, veelal tengevolge van negatieve ervaringen (punishment). Het effect daarvan is dat de positieve reinforcement evenredig afneemt. Reinforcement is bij operant gedrag immers het directe resultaat van het eigen gedrag en als 'prettige ervaring' bron van stemmingsverbetering. Door reactivering van het operante gedrag zal het niveau van positieve reinforcement zich herstellen en zal de stemming evenredig verbeteren.

Eind jaren zeventig hebben Beck e.a. (1979) deze gedragsactiverende interventies vrijwel onveranderd overgenomen in hun depressieprotocol, overigens zonder een passende verwijzing naar de oorspronkelijke auteurs. Alleen de verklaring voor de werking van de interventies namen zij niet over. Beck e.a. veronderstelden dat de werking van de gedragsactiverende interventies niet berust op toename van positieve reinforcement, maar vooral is toe te schrijven aan ontkrachting van irrationele automatische negatieve opvattingen. De leertheoretische verklaring in termen van herstel van positieve reinforcement werd door de grote populariteit van de cognitieve therapie daarom al gauw door deze cognitieve verklaring verdrongen. Hiermee is het zicht verdwenen op het meest werkzame element van de gedragsactivering: herstel van positieve reinforcement<sup>4</sup>. De functioneringsgerichte benadering bouwt daarom verder op de leertheoretische visie over de rol van operant gedrag bij stemmingsregulatie.

---

<sup>4</sup> Sinds 1996 is er in de (cognitieve) gedragstherapeutische literatuur een levendige polemiek over dit onderwerp gestart, welke de laatste jaren steeds overtuigender lijkt te worden beslecht in het voordeel van de leertheoretische visie (zie bijvoorbeeld Jacobson e.a. 1996, Gortner e.a. 1998, Jacobson & Gortner 2000, Hollon 2000, 2001, Jacobson e.a. 2001, Dimidjian e.a. 2006).

### **Operante versus respondente conditionering**

De rol van operante conditionering voor stemmingsverbetering wordt nog duidelijker als een vergelijking met respondente conditionering wordt gemaakt. Laten wij daartoe eens preciezer in ogenschouw nemen wat er in beide conditioneringsprocedures gebeurt. En laten wij daarbij niet kijken vanuit het perspectief van de onderzoeker, maar vanuit het perspectief van het subject. Voor het subject draait het immers niet om het ontdekken van wetmatigheden in de relatie tussen omgeving en gedrag, maar om het bewaken en verbeteren van zijn persoonlijke toestand.

De meest bekende respondente conditioneringsprocedure is de klassieke proefopstelling van de ‘hond van Pavlov’. In deze procedure krijgt het proefdier vleespoeder (unconditioned stimulus UCS) op de tong toegediend. Ik laat hier een gedetailleerde procedurebeschrijving achterwege. Deze moge bekend worden verondersteld. Belangrijker voor onze benadering is te kijken naar de consequenties voor het subject. Aangezien het proefdier hongerig is, betekent het vleespoeder -naar wij mogen aannemen- een relatieve verbetering van zijn persoonlijke toestand, en vermoedelijk ook voor zijn ‘stemming’. Dat is de motor van het conditioneringsproces. Opvallend is dat het subject zelf *niets* voor deze toestandsverbetering hoeft te doen. Het *kán* zelfs niets doen, omdat het -vastgebonden in een tuigje- is geïnactiveerd. Het heeft geen greep op de situatie: de toestandsverbetering als gevolg van het stillen van de honger is voor het dier een kwestie van ‘geluk’, zoals bij aversieve procedures de confrontatie met een aversieve UCS een kwestie van ‘pech’ zou zijn. Dit is kenmerkend voor elke vorm van respondente conditionering, omdat het subject de UCS, positief of negatief, altijd gedragsonafhankelijk, dus buiten zijn invloedssfeer, krijgt toegediend (Bakker-de Pree, 1987)

Dit contrasteert met de operante conditioneringsprocedure. De bekendste proefopstelling is die van de ‘Skinner-box’, waarin zich naast een –eveneens hongerig- proefdier zowel een hendel als een voedselautomaat bevindt. Als de hendel wordt ingedrukt, wordt de automaat geactiveerd en het voedsel aan het proefdier verstrekt.

Ook in de operante procedure betekent het voedsel -naar wij wederom mogen aannemen- een relatieve verbetering van de toestand van het proefdier, en dientengevolge diens stemming. Het verschil met

de respondente conditioneringsprocedure is dat het proefdier daar nu *wel* iets voor kan en moet doen. Bij operante conditionering verschijnt de reinforcer immers altijd gedragsafhankelijk, dus door eigen toedoen. De toestandsverbetering is dus geen kwestie meer van geluk, maar van eigen actie. In de Skinner-box ‘regelt’ het hongerige proefdier als het ware -na een kort leerproces- zelf zijn voedsel. In een operante procedure leert het individu dus gebruik te maken van de mogelijkheden die zijn situatie biedt, of in andere woorden, greep te krijgen op zijn bestaan en zijn lot in eigen hand te nemen. Operante conditionering heeft daarom grote waarde voor het bevorderen van het eigen welzijn. Het individu ‘managet’ door operant gedrag zijn situatie en stuurt de stimuli waarmee hij in aanraking komt. Daardoor kan het zelf een actieve bijdrage leveren aan de verbetering van zijn stemming. En dat is een groot voordeel boven de passieve rol in de respondente conditioneringsprocedure. Het is dan ook opvallend dat het overgrote deel van de technieken in de cognitieve gedragstherapie juist aangrijpen op het respondente conditioneringsproces, in het bijzonder het ongedaan maken van de ‘schade’ van eerdere ongunstige ervaringen. Alsof het belangrijker is ‘de auto uit te deuken’ dan de betrokkene beter ‘te leren chaufferen’. Maar dit terzijde.

### **Persoonlijk Succesvol Functioneren**

Gedurende zijn leven ontwikkelt elk individu een repertoire van operant gedrag waarmee hij inspeelt op zijn omgeving. In dit symposium zullen wij dit adaptieve operante gedragsrepertoire Persoonlijk Succesvol Functioneren noemen. Persoonlijk, omdat het gedragsrepertoire gebaseerd is op een unieke conditioneringsgeschiedenis en dus persoonsspecifiek is. Succesvol, omdat dit gedragsrepertoire bijdraagt aan een goede persoonlijke toestand, of in meer dagelijkse termen, aan het eigen welzijn.

Bij Persoonlijk Succesvol Functioneren gaat het niet zozeer om gedrag dat plezier oplevert of leuk is. Het gaat eerder om gedrag waaraan een gevoel van geborgenheid wordt ontleend (Bakker – de Pree, 1987). Veiligheid is immers existentieel gezien de meest primaire levensbehoefte, omdat het voorkomen van ‘beschadiging’ een voorwaarde is voor te kunnen profiteren van wat het bestaan aan aangenaams te bieden heeft. Omdat mensen als ‘sociale dieren’ voor hun welbevinden sterk afhankelijk zijn van medemensen, is juist deze

veiligheidsbehoefte gericht op het voorkomen van sociale uitstoting, of positiever gezegd, het creëren van betrokkenheid van anderen. Voor wie is het niet van groot belang om op een of andere manier de moeite waard te zijn, tot je recht te komen, opgemerkt te worden, erbij te horen en van betekenis te zijn, zeker als aan de basale materiële bestaansvoorwaarden is voldaan? En naarmate het Persoonlijk Succesvol Functioneren beter ontwikkeld is, maakt het gevoel van veiligheid en gerustheid over zichzelf meer en meer plaats voor gevoelens van tevredenheid en voldoening. Juist dit repertoire van Persoonlijk Succesvol Functioneren geeft ieder individu zijn kenmerkende stijl. Het is meestal ook iemands sterkste kant en het belangrijkste kenmerk van diens karakter en persoonlijkheid (Bakker –de Pree, 1989).

### **Kansen in de omgeving**

Om effectief operant gedrag te kunnen stellen, moet de situatie daartoe wel gelegenheid bieden. Als iemand vaak voldoening beleeft aan het helpen van een ander, moet er wel iemand met een hulpbehoefte zijn. Noch bij personen die geen hulp behoeven, noch bij hulpbehoevende personen die geen hulp wensen, kan de operante respons ‘helpen’ succesvol worden gesteld. Leertheoretisch heet deze gelegenheid voor succesvol gedrag een ‘discriminatieve stimulus’. In dit symposium zullen wij vooral spreken over ‘kans’ of ‘aanknopingspunt’. Zonder aanknopingspunten is er voor het individu dus geen kans om zich van zijn sterkste kant te laten zien en daarmee tegelijkertijd voor zichzelf een goede toestand te bevorderen. Een persoonlijke omgeving met voldoende, bij het individu passende aanknopingspunten noemen wij daarom een ‘kansrijke omgeving’.

### **Verlies van Persoonlijk Succesvol Functioneren**

Hoe verliezen mensen nu hun Persoonlijke Succesvol Functioneren? Er kunnen drie belangrijke oorzaken worden onderscheiden (Bruins, 2007, 2008). De eerste heeft van doen met het ontbreken van kansen voor gedrag. Een situatie zonder een operationele discriminatieve stimulus, dus aanknopingspunt, is een situatie zonder kans. Mensen ervaren zo’n situatie als ‘leegte’. De eerder genoemde verlies-ervaringen zijn vaak debet aan zo’n lege situatie.

Een tweede categorie betreft een verstoring van het Persoonlijk Succesvolle Functioneren, de zogenaamde ‘verstoringen’. Er is dan weliswaar een kans in de situatie, maar deze kan niet worden benut. Soms zit er iemand of iets in de weg. Dat is bijvoorbeeld het geval als de persoon in kwestie van de omgeving niet in actie *mag* komen, bijvoorbeeld als de taak uit handen wordt genomen. Of als iemand in de omgeving een heel ander mening heeft en deze te veel laat gelden. Dat kunnen ook goed bedoelde adviezen van betrokken zorgverleners zijn. Daar ga je niet zo gemakkelijk langsheen. Soms wordt iemand erg door allerlei onprettige zaken afgeleid, bijvoorbeeld de ziekte van een dierbare of een conflict met een ander. Al deze verstoringen kunnen het opmerken en beantwoorden van de aanknopingspunten voor Persoonlijk Succesvol Functioneren overschaduwen.

Een variant op de stoorzender is als de ‘blik naar binnen’ is gericht. Mensen kunnen soms zo door hun eigen nare persoonlijke toestand in beslag genomen worden, dat kansen in de omgeving niet meer worden opgemerkt. Dat geldt zowel voor lichamelijk lijden als voor psychische klachten.

Alle oorzaken -er zijn nog wel meer varianten te onderscheiden- kunnen technisch worden gekenschetst als ‘responsbeperkingen’ (Bakker-de Pree, 1987): de uitvoering van het betreffende gedrag wordt belemmerd met alle gevolgen voor het welbevinden van dien.

### **Herstel van Persoonlijk Succesvol Functioneren**

De route naar herstel van Persoonlijk Succesvol Functioneren is de responsbeperking weer opheffen. Bij mensen in een ‘leegte’ betekent dit weer in contact komen met oude, maar vooral nieuwe, aanknopingspunten voor gedrag. Deze kansen moeten worden (her-)ontdekt of weer in beeld worden gebracht. Maar dat is pas mogelijk als de situatie van de cliënt ook daadwerkelijk aanknopingspunten biedt: een ‘kansrijke situatie’. Als deze er in de bestaande situatie niet zijn, zal de omgeving moeten veranderen, niet de cliënt! In de intramurale ouderenpsychiatrie, waarbij de oude (thuis-, werk-, levens-) situatie niet meer bestaat, betekent dit dus een stimulerende en activiteitenrijke zorgomgeving, geen ‘keten van lege zondagen’.

Bij een situatie met ‘stoorzenders’ zal de aandacht van de hulpverlening vooral moeten gaan richting het helpen opheffen daarvan. Echte versturende omstandigheden vragen om een concrete

aanpak. In de ouderenpsychiatrie betekent dit vaak praktische hulp of bijstand. Maar de zorgverleners moeten vooral er voor waken zelf geen ‘stoorzender’ te zijn. Wel mensen tot activiteit ‘uitnodigen’, nooit ‘dwingen’ en altijd weer uitgaan van de visie en beleving van de cliënt. Alleen de betrokkene zelf ervaart aan de lijve wat hem wel of niet als persoon goed doet en heeft wat dat betreft altijd het laatste woord.

In geval de cliënt te veel in beslag wordt genomen door zijn klachten en de ‘blik naar binnen’ gericht heeft, is de uitdaging voor de zorgverlener om de cliënt te helpen deze weer ‘naar buiten’ te richten, op de omgeving, de buitenwereld. Dat kan in geval van ernstig lijden natuurlijk een hele klus zijn.

### **De functioneringsgerichte benadering in een notendop**

Zoals al eerder aangegeven kunnen ouderen tijdelijk of blijvend van hun vertrouwde persoonlijk succesvol functioneren zijn afgeraakt vanwege gezondheidsbeperkingen en andere verlieservaringen. Voor hen is het zaak en taak om in deze fase van hun leven en in de – beperkende- omstandigheden waarmee zij van doen hebben, toch te (her-)ontdekken waar zij het ‘van moeten hebben’ om als mens tot hun recht te komen en zich de moeite waard te voelen en welke ‘condities’ daarvoor nodig zijn.

Binnen een functioneringsgerichte benadering bestaat de rol van de zorgverlener primair uit met de cliënt daar naar op zoek gaan. Dat betekent vooral er voor zorgen dat de cliënt actief bezig blijft met het zoeken naar ‘passende aanknopingspunten’. Om de cliënt hierop betrokken te houden, kan gebruik worden gemaakt van verscheidene gesprekstechnieken die wij samenvatten onder de term ‘functioneringsversterking’ (Beenackers e.a., 1996; Bruins, Vlamings & Bakker-de Pree, 1999). Maar in de ouderenpsychiatrie<sup>5</sup> is daarnaast vaak meer nodig: dat de zorgverlener zich inspant om er voor te zorgen dat er wat ‘te zoeken, te vinden en te doen’ is (Andreoli, 2004). Kortom, de cliënt een bij hem of haar passende, dat wil zeggen ‘kansrijke’ omgeving bieden. Ook daarvoor zijn diverse technieken

---

<sup>5</sup> Dit geldt niet alleen voor de ouderenpsychiatrie maar voor alle vormen van zorg aan cliënten die door ernstige, vaak chronische beperkingen gehandicapt zijn in het zelf voorzien in een passend bestaan. Zie bijvoorbeeld: Baas, 1995, 1999, 2000.

ontwikkeld en in verscheidene settings uitgetoetst (zie bijvoorbeeld Andreoli 1999; Prickarts, 2007).

Dat een functioneringsgerichte benadering door de focus op kansen in plaats van problemen een nieuw elan kan bieden in de soms uitzichtloze zorg voor ouderen, moge dit symposium illustreren.

## Literatuur

- Baas, E.M. (1995). *Behandeling van chronische psychiatrische patiënten, de bloesemroute*. Najaarsconferentie Vereniging voor Gedragstherapie, 10 november 1995, Veldhoven
- Baas, E.M. (1999). Leven of Overleven? Rehabilitatie als open-eind programma in de chronische psychiatrie. *MGv*, 9, 884-892.
- Baas, E.M. (2000) *A novel development in psychosocial rehabilitation: focus on 'successful' behaviour and a challenging environment*. Paper presented at the VIIth World Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation, Paris, 8 May.
- Bakker - de Pree, B.J. (1984), De rijkdom van de leertheorie in de constructionele gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 17, 3,179-197.
- Bakker - de Pree, B.J. (1987), *Constructionele gedragstherapie. Theoretische fundering en praktische realisering*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt
- Bakker-de Pree, B. J. (1989). *Behavior Analysis of Human Life: An Alternative Approach to the Concept of Personality*. Paper presented at the 13th Annual Convention of the Association for Behavior Analysis. Nashville Tennessee, USA.
- Beenackers, A. , Bruins, B.E.E. & Prins, F.S. (1996). Blinde versterking. Klachten verhelpen zonder er op in te gaan. *MGv*, 6-96, pag. 607-618.
- Bruins, B.E.E. (2007). *Kwetsbaarheid voor ontregeling: een functioneringsgerichte visie*. Najaarsconferentie van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT) en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVvG), Veldhoven, 9 november 2007.
- Bruins, B.E.E. (2008). *Environmental restriction of personal functioning: an explanation of the onset and persistence of depressive symptoms*. Paper presented at the 38th Annual



- Congress of the Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Helsinki, Finland, September 13.
- Bruins, B.E.E, Vlamings, H.S.M & Bakker – de Pree (1999). *Constructionele gedragstherapie: functioneringsversterking. Een beknopt overzicht van beslissingsmomenten en behandelprocedures*. Utrecht: Stichting Constructionele Gedragsanalyse, 1999
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Dimidjian, S, Hollon, S.D., Dobson, K.S, Schmaling, K.B, Kohlenberg, R.J, Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. & Jacobson, N.S. (2006), Randomized trial of behavioural activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Gortner, E.T, Gollan, J.K., Dobson, K.S. & Jacobson, N.S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Hollon, S.D. (2000). Do cognitive change strategies matter in cognitive therapy? *Prevention & Treatment*, 3, art. 25 (on-line: journals.apa.org)
- Hollon, S.D. (2001). Behavioral Activation Treatment for depression, a commentary. *Clinical Psychology: science and practice*, 8, 3, 272-274.
- Jacobson, N.S. & Gortner, E.T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21<sup>st</sup> century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy* 38, 103-117
- Jacobson, N.S. , Dobson, K., Traux, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., Gortner, E.T & Prince, E.T. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N.S., Martell, C.R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*. 8, 3, 255-270.
- Lewinsohn, P.M. & Graf, M (1973). Pleasant activities and

depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268

Lewinsohn, P.M. & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295

Prickarts, J. (2007). *Functioneringsgerichte rehabilitatie; de cliënt als persoon centraal in de kansrijke omgeving*. Nijmegen: Loekx.