

Artikel

'Zoek geen problemen maar oplossingen'

Een model voor een gezondheidsgerichte GGz

Erik van den Brink

Inleiding

In het voetspoor van Frank (1973) hielden de Amerikaanse psychotherapeuten Miller, Duncan en Hubble (1997) in de jaren negentig een krachtig pleidooi voor een gemeenschappelijke psychotherapeutische taal op basis van de algemene therapeutische factoren. Zij wezen een ontsnappingsroute uit de 'Toren van Babel' waarin de vele psychotherapeutische scholen gevangen waren geraakt. Voorstanders van de diverse scholen die zich op de markt wilden onderscheiden, waren vooral gericht op het uitvergroten van onbeduidende verschillen en het wegcijferen van belangrijke overeenkomsten, om zo collega-therapeuten en cliënten van de superioriteit van hun model te overtuigen. Het nadrukkelijk spreken van een eigen taal om zich boven concurrerende scholen te verheffen, leidde tot een spraakverwarring die samenwerking en wetenschappelijk inzicht in de werkzame therapeutische factoren tegenhield.

Uit de resultaten van bijna 40 jaar psychotherapieonderzoek concludeerden Miller, Duncan en Hubble dat het totale effect van psychotherapie slechts voor 15% werd bepaald door de specifieke factoren van het therapeutisch model. Maar liefst 40% werd buiten de therapie om bepaald door het natuurlijk beloop – de extratherapeutische of cliëntfactoren – en 45% buiten het model om door aspecifieke therapeutische factoren, onder te verdelen in relatiefactoren (30%) en placebofactoren (15%). De cliënt bleek belangrijker dan de therapeut en de relatie belangrijker dan het model. Het maakte bovendien niet uit *welk* model wordt toegepast, het ging erom *dat* een model werd toegepast, een model dat zowel voor therapeut als cliënt geloofwaardig was. Het grootste effect trad op in de eerste sessies en het totale resultaat werd al grotendeels behaald in minder dan 10 sessies, ongeacht of een therapie nu bekend stond als korter of langer durend. Het werd dus tijd voor meer bescheidenheid ten aanzien van de betekenis van het gebruikte model, waarvan een van de belangrijkste functies was dat het structuur gaf aan de algemene therapeutische factoren. Deed het dat niet dan kon het ook zijn beperkte specifieke bijdrage niet leveren. Langer durende therapievormen en interventies die de algemene factoren eerder schaden, zoals de ooit bejubelde overdrachtsinterpretaties en confrontatietechnieken, leken niet langer ethisch

verantwoord in een samenleving waarin de vraag naar psychotherapeutische hulp groter is dan het aanbod.

Inmiddels heeft de zoektocht naar korte, effectieve therapievormen geleid tot meerdere interessante bijdragen. Eén daarvan wordt hier besproken vanwege de uitgebreide toepassingsmogelijkheden in de GGz. Dit model werd ontwikkeld door psycholoog/bedrijfskundige Cauffman (2003) en psychiaters Isebaert (2004) en Le Fevere de ten Hove (2000) en staat bekend als het Brugse Model voor oplossingsgericht werken. Het geeft bij uitstek ondersteuning aan de algemene therapeutische factoren en heeft relatief weinig specifieke ingrediënten. Het kan daarom in het bijzonder bijdragen aan een gemeenschappelijke gezondheidsgerichte taal, en wel voor meerdere beroepsgroepen, want gebruik ervan is zeker niet voorbehouden aan psychotherapeuten in engere zin. Ook hulpverleners die vooral een coachende begeleiding aan hun cliënten geven, zoals (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, kunnen er effectief gebruik van maken, evenals managers, leidinggevenden en supervisors. De hoofdkenmerken van het Brugse Model en de twee belangrijkste hulpmiddelen, de 'acht-stappendans' en de 'oplossingsgerichte flowchart', worden in dit artikel eerst besproken. Daarna volgt een vergelijking met het vijf-gesprekkenmodel, dat in Nederland populariteit geniet als kortdurende behandelvorm aan de voordeur van de GGz. Vervolgens wordt nader ingegaan op de betekenis van oplossingsgericht werken voor een doorgaans probleemgeoriënteerde GGz en tot slot wordt een positieve ervaring beschreven met het invoeren van het model binnen een afdeling voor opnamevoorkomende crisishulpverlening. Beschrijvingen zijn toegespitst op de cliënt-hulpverlener relatie, maar zijn overdraagbaar naar andere situaties waarin mensen worden begeleid in veranderingsprocessen.

Het Brugse Model

Het Brugse Model voor korte oplossingsgerichte therapie en coaching heeft als belangrijk uitgangspunt dat theorie en taalgebruik ondergeschikt zijn aan het doel van de cliënt en daarop afgestemd moeten worden. Invloeden van Ericksoniaanse hypnotherapie, systeemtheorie, sociaal constructionisme en postmoderne taaltheorie komen in het Brugse Model bijeen. Omdat het in essentie een contextueel, a-theoretisch metamodel is, dat ruimte biedt aan andere modellen als keuzemogelijkheden, is het breder in toepasbaarheid dan de Amerikaanse oplossingsgerichte school van De Shazer (1994) en Berg (De Jong & Berg, 2001; Berg & Dolan, 2002; Cladder, 2000). Overigens heeft het Brugse Model veel gemeen met de Amerikaanse school en er ook het nodige aan te danken. Terwijl de Amerikaanse 'solution-focused therapy' primair bedoeld is voor een therapeutische setting in engere zin en zich eenvoudiger laat protocolleren en onderzoeken, kan het Brugse Model, discipline- en schooloverstijgend, in velerlei setting worden toegepast, waaronder GGz, verslavingszorg, jeugdzorg, onderwijs, coaching, bedrijfsconsultatie en manage-

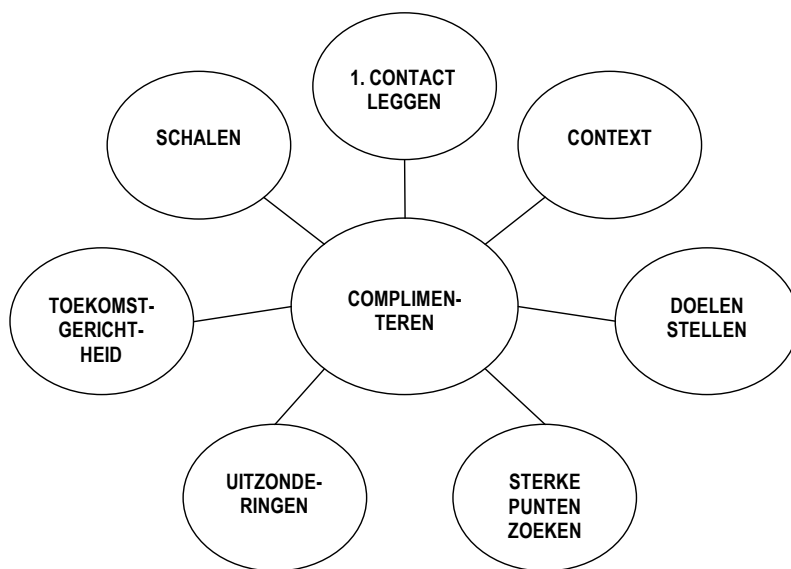
ment. Hoofddoel is de cliënt langs de kortste weg naar zijn doel te leiden door maximalisering van de algemene werkzame factoren, optimalisering van de werkrelatie en ontsluiting van de aanwezige gezonde eigenschappen van de cliënt. Succesvolle therapie resulteert in een toename van gezondheid, in de zin van keuzevrijheid, als alternatief voor pathologie, in de zin van keuzebepanking. Het Brugse Model wordt daarom ook wel ‘model van de keuze’ genoemd. Door economisch gebruik van oplossingsgerichte taal wordt een context geconstrueerd waarin de cliënt een toename van keuzemogelijkheden ervaart, zowel ten aanzien van betekenisgeving als gedragsrepertoire. De oplossingsgerichte hulpverlener schrijft niet voor maar faciliteert, tot de cliënt zelf tot de juiste keuze komt.

In tegenstelling tot de werkwijze bij probleemgeoriënteerde modellen wordt weinig energie gestoken in het speuren naar oorzaken van problemen. Verandering in levende systemen kan veel doelmatiger vanuit circulaire processen worden geconceptualiseerd dan vanuit lineaire oorzaak-gevolg ketens, die meer geschikt zijn om niet-levende systemen te bestuderen. Motivatie, toekomstgerichtheid, creativiteit en uitzonderingen op de regel zijn in menselijke situaties veel krachtiger factoren bij veranderingsprocessen dan het manipuleren van oorzaken. Dé oorzaak wordt doorgaans niet gevonden en veronderstelde oorzaken verwijzen weer naar andere oorzaak-gevolg ketens (meer problemen), zodat het vaak arbitrair blijft waar wordt ingegrepen. De veronderstelling dat men alleen tot een oplossing kan komen via het achterhalen van de oorzaak van een probleem leidt tot onnodige omwegen of dwaalwegen. Ook bij oplossingsgericht werken worden problemen serieus genomen. Het gaat er niet om zich een probleemfobische, oplossingsgedreven houding aan te meten. Problemen worden echter niet benaderd vanuit het smalle perspectief van hun oorzaken maar vanuit het brede perspectief van hun oplossingen. Oplossingen ontstaan doorgaans vanuit een ruimere perceptie en niet volgens lineair causaal verband vanuit het probleem zelf. Verschillende oplossingen kunnen bij eenzelfde probleem van toepassing zijn, afhankelijk van de unieke context en individuele waarden van de cliënt. De blik van de probleemgeoriënteerde hulpverlener is gericht op: *wat is er mis, wat werkt er niet en wat is de oorzaak?* De oplossingsgerichte hulpverlener stelt andere vragen: *wat gaat er goed, wat werkt wel en wat kan bijdragen tot een (deel)oplossing?*

De acht-stappendans

Een achttal oplossingsgerichte interventies helpen de hulpverlener om de cliënt efficiënt naar zijn doel te leiden. Het gaat niet om een protocollair toepassen van deze interventies maar om een circulair proces waarbij cliënt en hulpverlener als partners in een dans bewegen en beurtelings de een aangeeft en de ander volgt. De oplossingsgerichte hulpverlener ‘leidt’ het veranderingsproces vanaf de positie één pas achter de cliënt. De cliënt geeft de rich-

ting aan waarheen hij wil, de hulpverlener bepaalt welke stap(pen) op welk moment het meest nuttig zijn om in die richting te bewegen. De acht stappen, afzonderlijk toegelicht, zijn:



De acht-stappendans, Cauffman 2003

Contact leggen

Hoe vanzelfsprekend misschien ook, elke werkrelatie begint met contact leggen door oprechte belangstelling te tonen voor de persoon die zich met een probleem presenteert. Spreek met de mens achter de cliënt, in zijn eigen taal. Luister onbevangen, met een 'beginner's mind', naar alles wat de cliënt te berde brengt. De impliciete boodschap aan de cliënt is dat hij niet slechts zijn probleem is. Contact maken is altijd de eerste stap, de andere stappen hebben geen bepaalde volgorde.

Context verhelderen

Geen enkel probleem speelt zich af in een vacuüm en het is van belang zich een goed beeld te vormen van de context waarin het probleem zich voordoet. De intentie daarbij is niet het uitdiepen van oorzaken, maar het signaleren van omgevingsfactoren waarin (deel)oplossingen schuilen. *Stel uzelf eens voor?* is een goede beginvraag, die de cliënt uitnodigt dat te melden wat van existentiële waarde voor hem is. Relatievragen (*Wat merkt uw echtgenoot/beste vriend...?*) leveren vaak relevante informatie op en helpen de cliënt zichzelf door de ogen van de ander te bekijken.

Doelen formuleren

Duidelijke doelen zijn als bakens die de kortste weg wijzen naar de gewenste verandering. *Waar moet dit gesprek over gaan, wil het nuttig voor u zijn?* is een goed begin voor cliënten die in probleembeschrijvingen blijven steken. Bedenk dat de enige doelen die de moeite waard zijn, de doelen van de cliënt zelf zijn. Achter elke klacht schuilt een wens, achter elk probleem een doel. *Nuttige* doelen zijn praktisch, realistisch, realiseerbaar en in gedragstermen observeerbaar (*Wat zou u anders doen?*). Zij beschrijven de aanwezigheid en niet de afwezigheid van iets (*Wat zal er voor in de plaats komen wanneer u niet meer depressief bent?*) en worden van klein naar groot geformuleerd om tot haalbare stappen te komen.

Resources zoeken

Demoralisatie is het gevolg van een gebrek aan toegang tot resources (hulpbronnen, gezonde eigenschappen) om uit de problemen te komen. Signaleer daarom tussen de ruis van probleembeschrijvingen de sterke punten van de cliënt. Houd de blik zo open en breed mogelijk zodat alles wat de cliënt gebruiken kan om zijn doelen te bereiken in beeld kan komen. Elk individu beschikt over resources, het is de taak van de hulpverlener de cliënt te helpen deze te ontdekken en zich (weer) toe te eigenen.

Uitzonderingen zoeken

Geen enkel probleem is constant en voortdurend aanwezig. Uitzonderingen zijn de momenten waarop het probleem zich niet of in mindere mate voordoet. In een uitzondering is (het begin van) een oplossing aanwezig. Informeer uitvoerig naar details van de omstandigheden (*wie, wat, waar, wanneer, hoe; geen waarom*). Onderzoek vooral of de cliënt een eigen bijdrage aan de uitzondering leverde. Zo ja, dan vergroot dat de mogelijkheid van herhaling.

Complimenteren

Complimenten staan niet voor niets centraal in het diagram. Zij zijn krachtige middelen om de werkrelatie te versterken, hoop en vertrouwen te wekken, en de aandacht te verleggen van probleem naar oplossing. Van belang is dat zij echt en welgemeend overkomen, en door de cliënt als relevant worden ervaren. Het gaat er niet om de cliënt stroop om de mond te smeren, maar om dat wat ten dienste staat van zijn doel(en), zoals uitzonderingen en resources, positief te bekrachtigen. Bij cliënten die 'allergisch' zijn voor complimenten is het beter dat impliciet te doen. (*Hoe is u dat gelukt?*).

Schalen

Van belang is uit het zwart-wit denken te komen waar cliënten met problemen vaak toe neigen en hen te wijzen op de grijsvarianten die een veel realistischere afspiegeling zijn van de werkelijkheid. Schaalvragen zijn daarbij nuttige hulpmiddelen. Zij kunnen differentiatie aanbrenge in de af te leggen weg naar de gewenste verandering. Bijvoorbeeld: *Wanneer het moment van aan-*

melding een 0 is en het moment dat u hier niet meer hoeft te komen een 10, waar bent u dan nu? Ga niet te snel door van de actuele naar de gewenste score. Vraag bij een getal X eerst wat tussen 0 en X aanwezig is, dat zijn namelijk resources. Wees niet te snel tevreden en vraag herhaaldelijk: Wat nog meer? Wanneer de actuele situatie op 0 wordt aangegeven, is het van belang 'coping'-vragen te stellen: Hoe houdt u het vol? Hoe hebt u het klaargespeeld toch te komen? Pas wanneer geen resources meer genoemd worden volgt de vraag: Hoe zou u weten wanneer u een punt hoger zit? Verklein zo nodig: Wat is de eerst/kleinste verandering die u zou merken? Wat is het kleinste stapje dat haalbaar zou zijn? Wanneer dit weinig resultaat oplevert, is het aangewezen motivatie voor/hoop op/vertrouwen in verandering in te schalen. Bij een lage score op één van deze items wordt de cliënt gevraagd of hij wil onderzoeken hoe deze kan toenemen.

Toekomstgerichtheid

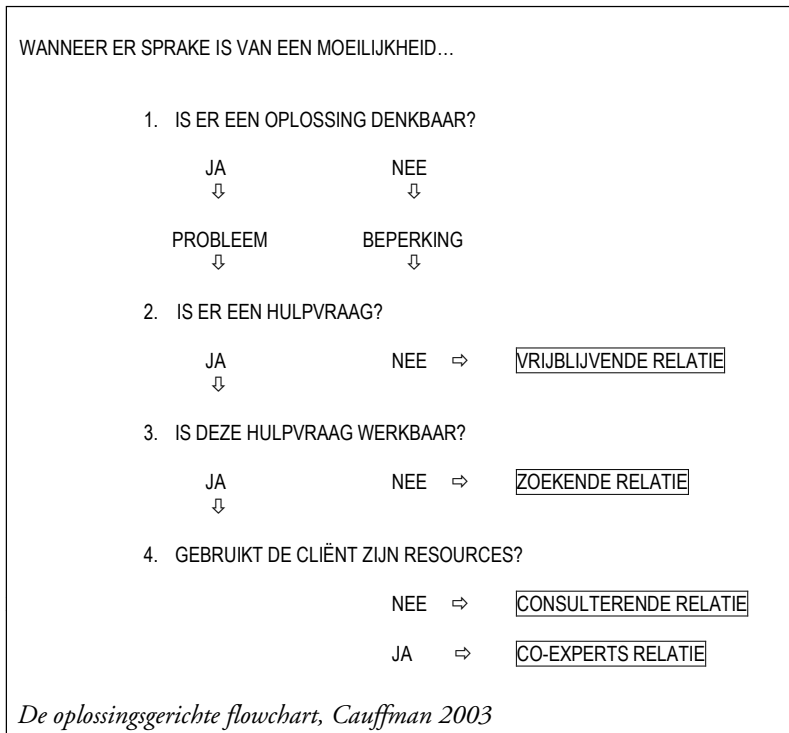
Oplossingen behoren per definitie tot de toekomst. Zouden ze in het heden voorhanden zijn dan zou er immers geen probleem meer zijn. Een krachtig middel om op het spoor van oplossingen te komen is dan ook de visualisatie van een betere toekomst: *Hoe zou u weten dat het probleem verleden tijd (verminderd) is? Een specifieke hypnotherapeutische techniek daarbij is het stellen van de 'wondervraag'. De Amerikaanse school legt hier meer nadruk op dan het Brugse Model. De techniek is vooral bruikbaar bij cliënten die slechts weten waar ze van af willen maar niet waar ze naar toe willen en kan hen helpen over de muur van hun problemen heen te kijken naar een wenselijke realiteit. Creëer een 'yes-set' door het stellen van vragen die alleen met 'ja' beantwoord kunnen worden om de cliënt in een toestand van positieve verwachting te brengen. Vervolg met: Mag ik u een rare vraag stellen? (Het antwoord is dan meestal ook 'ja'.) Stel u valt vannacht in diepe slaap en er gebeurt een wonder. Het wonder is dat uw probleem is verdwenen/verminderd/ u er geen last meer van heeft. Wanneer u 's ochtends wakker wordt, weet u van geen wonder, u slipt immers. Wat is het eerste waaraan u merkt dat het wonder heeft plaatsgevonden? Wat doet u anders, wat merken anderen aan u? Stel veel vragen naar details die ten gevolge van het wonder in het dagelijks leven anders zouden zijn, om zo tot een realiseerbaar toekomstbeeld te komen. Via schaalvragen en uitzonderingen (Was er ooit al een klein beetje van het wonder in uw leven merkbaar?) wordt een eerste stap richting wonder ontworpen.*

De zes eerstgenoemde stappen representeren vooral de oplossingsgerichte grondhouding, de twee laatstgenoemde zijn eerder technieken en vormen de weinige ingrediënten van het model die specifiek zijn. De stappen zijn in werkelijkheid onlosmakelijk met elkaar verbonden en worden in diverse combinaties toegepast. De dans kent geen choreograaf, maar krijgt vorm in de unieke relatie tussen cliënt en hulpverlener. Geen twee uitvoeringen zijn gelijk.

De oplossingsgerichte flowchart

De oplossingsgerichte flowchart is een hulpmiddel om de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener te beschrijven. Het instrument kan bij elk cliënt-hulpverlener contact op elk moment worden gebruikt. Het gaat daarbij niet om een oordeel over de kwaliteit van de relatie maar louter om een 'topografische' aanduiding, die de hulpverlener helpt voor ogen te houden welke de meest effectieve interventies zijn in de gegeven situatie. De oorspronkelijke oplossingsgerichte flowchart van de Amerikaanse school had als nadeel dat posities in – deels negatieve – cliënttermen werden beschreven (bezoeker, klager, klant) terwijl het in feite gaat om de *relatie* tussen cliënt en hulpverlener.

De Brugse flowchart onderscheidt **vier posities**: de vrijblijvende relatie, de zoekende relatie, de consulterende relatie en de co-experts of co-therapeutische relatie. Uitgangspunt is dat iedere cliënt zich presenteert met een 'moeilijkheid' (omvattender begrip dan probleem of klacht). **Vier vragen** zijn van belang om de positie op de flowchart te bepalen. Het bespaart tijd en energie wanneer de hulpverlener zich vooral bezighoudt met interventies die passen bij de positie op de flowchart van dat moment. Per vraag wordt dit toege-licht.



Ad 1. Is er een oplossing denkbaar?

Een **probleem** wordt gedefinieerd door zijn oplossing, niet door zijn oorzaak zoals bij probleemgeoriënteerde modellen. Is er geen oplossing denkbaar, zoals bij voldongen feiten en chronische handicaps, dan is er ook geen probleem, maar een **beperking**. De basisinterventie is het aanduiden van het onderscheid tussen probleem en beperking. Wanneer de cliënt accepteert dat beperkingen zijn wat ze nu eenmaal zijn, kan de aandacht toegespitst worden op de gevolgen van de beperking en het leren omgaan daarmee. Dat zijn weer problemen, er is immers een oplossing denkbaar.

Ad 2. Is er een hulpvraag?

Wanneer er geen hulpvraag is dan is er sprake van een **vrijblijvende relatie** en is de cliënt een 'voorbijganger'. Bied geen hulp zonder mandaat van de cliënt maar maak gebruik van interventies die er op gericht zijn de samenwerkingsrelatie uit te bouwen waardoor een context ontstaat waarin het formuleren van een hulpvraag mogelijk wordt. In geval van een 'ongemotiveerde' cliënt die alleen maar wil klagen of gestuurd wordt door een ander (*Ik heb geen probleem maar mijn partner/verwijzer*), zoek naar competenties waar de cliënt mee gecompliceerd kan worden. In elk geval kan het bezoek positief bekrachtigd worden: *Ik ben onder de indruk dat u toch gekomen bent. U hecht kennelijk belang aan een goede verstandhouding met uw partner/verwijzer.* Stel vragen die de mogelijkheid van een hulpvraag creëren: *Nu u eenmaal hier bent, waar zouden we het over moeten hebben wil dit gesprek toch nuttig voor u zijn... wat zou nodig zijn om hier niet meer te hoeven komen... uw partner/verwijzer tevreden te stellen?* Geef informatie over wat de cliënt kan verwachten van de hulpverlener en de instelling, zodat keuzemogelijkheden ontstaan.

Ad 3. Is deze hulpvraag werkbaar?

Bij een zoekende relatie is de hulpvraag niet werkbaar en is de cliënt een 'zoeker'. De hulpvraag is bijvoorbeeld vaag omschreven (*Ik wil gelukkig worden*), een onontwarbaar kluwen van (deel)problemen, of autoannulerend (*Ik wil wel stoppen met drinken maar het zal me toch niet lukken omdat ik niet zonder kan*). De volgende interventies kunnen helpen om tot een werkbare hulpvraag te komen:

Bekrachtig het zoekgedrag positief en wek hoop dat verandering mogelijk is. Bedenk dat elk probleem verwijst naar een doel en vertaal van algemene naar concrete termen. Zoek naar uitzonderingen op het probleem in het (liefst nabije) verleden of geprojecteerd in de (liefst nabije) toekomst (via visualisatie of wondervraag). Differentieer via schaalvragen en verklein tot haalbare stappen. Stel context- en relatievragen: *Wat zou uw beste vriend/uw partner/uw huisdier(!) aan u merken wanneer het beter met u gaat?* Stel observatieopdrachten voor, in de zin van experimenten (*geen huiswerk*): *Let eens op wat u wilt behouden?* (De continueringsvraag. Wanneer weinig het behouden waard blijkt, wordt duidelijker wat moet veranderen.) Of: *Wat merkt u op wanneer het probleem minder aanwezig is?* (Richt de aandacht op uitzonderingen.)

Ad 4. Gebruikt de cliënt zijn resources?

Bij een **consulerende relatie** is de cliënt een ‘klant’ met een werkbare hulpvraag en één of meer haalbare doelen, maar weet hij nog niet hoe deze te bereiken en welke resources hij daartoe moet aanwenden. De volgende interventies zijn gericht op het opsporen van passende resources:

Ga na wat al geprobeerd is (*wie, wat, waar, wanneer, hoe*). Herhaal niet wat niet werkte, wat wel (enig) resultaat had kan wederom bruikbaar zijn.

Complimenteer alles wat ten dienste kan staan van het beoogde doel. Creëer een context van keuze zodat de cliënt overzicht krijgt welke middelen toegepast kunnen worden om zijn doel te bereiken. Bij het consulerende niveau behoren doe-opdrachten (geformuleerd als mislukkingvrije experimenten).

Veranker wat werkt door herhaling daarvan voor te stellen en contextuele uitbreiding. Wat werkt kan van en aan een ander geleerd worden. Een doe-opdracht wordt vaak met een observatie-opdracht gecombineerd: *Let eens op wat er gebeurt wanneer u ... doet*. Ook een doe-alsof-opdracht kan helpen: *Wat merkt u op bij u zelf of anderen wanneer u doet alsof u een punt hoger op de schaal zit/het wonder gebeurd is?*

Een geschikte vraag om een tweede of volgende sessie mee te openen is: *Wat heeft u goed gedaan* (voor tweërlei uitleg vatbaar) en *wat was er moeilijk?* In de Amerikaanse school zou de tweede helft van de vraag worden weggelaten, het Brugse Model wil echter oplossingsgedrevenheid vermijden en ook hier de cliënt laten kiezen. Wat goed ging wordt gecompimenteerd, zodat de cliënt het zich toe-eigent. Wat moeilijk was kan als volgt worden opgepakt: *Het spijt mij dat te horen, hoe zouden we deze tijd dan zo nuttig mogelijk kunnen besteden?* Wanneer een cliënt onverwacht veel vorderingen maakt en zichzelf voorbij lijkt te snellen, is een passende reactie: *OK, geweldig! Hoe is u dat gelukt?* En vooral: *Hoe gaat u dit vasthouden?*

Wanneer de cliënt over voldoende resources kan beschikken, wordt hij geholpen deze effectief in te zetten. Blijkt hij niet over passende resources te beschikken, dan rijst de vraag hoe lang nog verder gezocht moet worden. Hier wijken Amerikaanse en Brugse school uiteen: de eerste gaat ervan uit dat iedere cliënt de juiste resources, al dan niet versluierd, aan boord heeft, de tweede houdt de mogelijkheid open dat dit niet het geval is en dat zij aangeleerd moeten worden. Diverse behandelmogelijkheden vanuit verschillende theoretische invalshoeken kunnen daarbij de revue passeren (vandaar dat van een metamodel gesproken wordt). Voor- en nadelen worden naast elkaar gezet, zodat de cliënt, op deskundige wijze geïnformeerd, een keuze kan maken. Informeer wel, zeker bij cliënten die antwoord zoeken op vele waaromvragen en/of ‘het verleden willen verwerken’, of de verwachtingen realistisch zijn: *Waar zal u aan merken dat de behandeling geholpen heeft, wat doet u dan anders, wat merken anderen?*

Zodra de cliënt weet langs welke weg hij zijn doel(en) kan bereiken en gebruik weet te maken van zijn resources, is er sprake van een **co-experts rela-**

tie. De cliënt is ‘co-therapeut’. Coach de cliënt om meer te doen van wat werkt tot het behaalde zodanig is geconsolideerd (bijvoorbeeld via de vraag: *Hoe schaalt u op een schaal 0 – 10 uw vertrouwen in dat u het behaalde vast zult houden/niet meer terug zult vallen?*) dat kan worden afgesloten.

Het niveau van de werkrelatie is nooit een vaststaand gegeven maar wisselt voortdurend. Het vertrouwen van de cliënt moet elk moment opnieuw worden verdiend. In het Brugse model wordt gesproken van ‘mandaat’, de volmacht die de hulpverlener van de cliënt krijgt om hulp te verlenen. *Initieel* mandaat, op basis van het visitekaartje, is onvoldoende voor een succesvolle werkrelatie en moet worden versterkt door *circulair* mandaat, op basis van verworven vertrouwen. Een goede werkrelatie is de motor van verandering. Het gaat er echter niet om koste wat kost de co-experts positie te bereiken maar die positie van de flowchart die voor de cliënt het meest nuttig is. Een cliënt kan er ook voor kiezen om geen verandering na te streven. De flowchart is bedoeld om ‘meer te bereiken met minder’. Men hoeft zich slechts op die interventies te concentreren die passen bij het actuele niveau van de werkrelatie. Wanneer de hulpverlener de cliënt behandelt alsof hij zich al verder op de flowchart bevindt dan hij in werkelijkheid is, zal hij ‘weerstand’ tegenkomen. Weerstand zegt meer over de hulpverlener dan over de cliënt. De hulpverlener wil immers een snellere of andere koers varen, de cliënt is slechts bezig zijn eigen handleiding duidelijk te maken. De kunst is om de positie op de flowchart niet te overschatten. Een te lage inschatting is veiliger: de cliënt zal maar al te graag bewijzen dat hij verder is, wat volop gelegenheid geeft om hem te complimenteren met zijn competentie. Ook bij twijfel tussen een probleem en beperking is het veiliger eerst van een beperking uit te gaan. De cliënt maakt te zijner tijd wel duidelijk wanneer toch een oplossing denkbaar is. De paradox van ‘korte’ therapie is: ‘ga traag...’

Oplossingsgericht werken versus vijf-gesprekkenmodel

Zowel oplossingsgericht werken als het vijf-gesprekkenmodel (Stoffer, 2001) passen als aanbod aan de voorkeur van de ambulante GGz vanuit de visie ‘kort als het kan, lang als het moet’. Een vergelijking is daarom op haar plaats. Het Brugse Model verschilt qua grondhouding van het vijf-gesprekkenmodel, dat meer vanuit vragen van hulpverleners (*Hoe werken we de wachlijst weg en houden we plezier in ons werk?*) werd ontwikkeld dan vanuit vragen van cliënten. Terwijl oplossingsgericht werken vooral een faciliterende houding aanmoedigt, schrijft het vijf-gesprekkenmodel veel meer een probleemgeoriënteerde, strategische werkwijze voor. In de eerste fase wordt demoralisatie van de cliënt tegengegaan en een probleemfocus vastgesteld – diagnostisch (verklaringshypothese) en therapeutisch (haalbaar behandeldoel) – waarna de hulpverlener onderhandelt over het behandelcontract en het ‘wisselprincipe’ uitlegt (de eerste stap die nodig is om op een ander spoor te komen waarna de cliënt zelf in de gewenste richting kan verdergaan).

Vervolgens neemt het bewerken van weerstand een centrale plaats in: de therapeut voert daartoe de mening van het team van collega-therapeuten, als ‘Grieks koor’, ten tonele om het dilemma van de verandering aan de kaak te stellen (een strategische methode om de cliënt toch tot verandering te bewegen en in de regisserende positie te brengen). Het vijf-gesprekken traject wordt veelal na een eerste screeningsgesprek aangeboden in het voorportaal van de ambulante GGz (volgens het ‘vijf-tenzij’ beleid), waarbij de periode tussen de gesprekken sterk kan variëren. Een nauwe samenwerking met een team van ervaren therapeuten is gewenst voor interventie en het is de bedoeling dat de limiet van vijf niet wordt overschreden. Pas wanneer de vijf gesprekken toch onvoldoende blijken komen behandelmethoden voorbij het voorportaal in aanmerking.

Het vijf-gesprekkenmodel is evenals het Brugse model een contextueel model waarbij diverse behandelmethodieken kunnen worden ingepast. Echter, juist omdat het een voordeurmodel is en bij onvoldoende succes de cliënt verwezen wordt naar een achterveld met diverse ‘taalgebieden’, mist het de brede toepasbaarheid van het oplossingsgericht werken volgens de flowchart, dat van voor- tot achterdeur kan worden toegepast, ook bij cliënten met complexe en chronische problemen en beperkingen, ambulant en klinisch. Als een overkoepelend metamodel kan het met de cliënt meereizen zodat hulpverleners van de diverse afdelingen elkaar blijven verstaan en de algemene therapeutische factoren – uiteraard in elke fase belangrijk – volop werkzaam blijven. Een efficiënte doorstroming kan daardoor niet alleen aan de voordeur, maar in het hele traject door de GGz, zoveel mogelijk gewaarborgd worden. De a-theoretische aard van het model maakt transmuraal gebruik, door medewerkers met uiteenlopende professionele achtergrond en ervaring, eenvoudiger dan bij het vijf-gesprekkenmodel. Bedenklijk is de cliëntonvriendelijke opvatting onderliggend aan het vijf-gesprekkenmodel, dat de weerstand van cliënt tegen verandering moet worden bewerkt, een opvatting die de algemene therapeutische factoren juist tegen zou kunnen werken. Ook is het dubieus dat een (duur) team van ervaren therapeuten op de achtergrond nodig is om effectief hulp te verlenen. Alleen al aan de voordeur, is het aannemelijk dat oplossingsgericht werken tenminste zo succesvol is waar het gaat om effectiviteit en het wegwerken van wachtlijsten (en behoud van werkplezier). Er is weliswaar geen direct vergelijkend onderzoek verricht, maar beschikbare onderzoeksgegevens (De Jong & Berg, 2001) wijzen in de richting dat een oplossingsgerichte werkwijze met open eind meer resultaat geeft na minder sessies dan het vijf-gesprekkenmodel (en andere probleemgerichte benaderingen), en bovendien bruikbaar is voor meer cliënten.

Oplossingsgericht werken in een probleemgeoriënteerde GGz

Oplossingsgericht werken staat ogenschijnlijk op gespannen voet met formele, probleemgeoriënteerde medisch-psychiatrische diagnostiek en behande-

ling. Er hoeft echter geen spraakverwarring te ontstaan en beide invalshoeken kunnen elkaar verrijken. Zoals gezegd, zijn de algemene therapeutische factoren belangrijker dan welke specifieke methodiek ook voor het welslagen van een behandeling. Een vraaggerichte GGz, die cliënten langs de kortste weg naar gezondheid wil leiden, is gebaat bij hulpverleners die ‘meertalig’ zijn: zij spreken één of meerdere specifieke talen en bovendien de gemeenschappelijke taal van de algemene therapeutische factoren. Hun specifieke interventies zijn ingebed in een gezondheidsgerichte grondhouding. Formele diagnostiek en probleemgeoriënteerde methoden kunnen richting geven aan de specifieke ingrediënten van een behandeling. Een oplossingsgerichte oriëntatie ondersteunt de werkrelatie en de algemene therapeutische factoren, die voorwaardelijk zijn voor betrouwbare diagnostiek en optimaal werkzame specifieke factoren. Al te vaak wordt formele diagnostiek tot doel op zich verheven, terwijl zij slechts een middel tot een doel – namelijk gezondheid – mag zijn. Zij kan pas met maximale medewerking van de cliënt plaatsvinden, wanneer de werkrelatie zich op het consulterende niveau van de flowchart bevindt. Pas wanneer de vraag om nader onderzoek (*Wat is er met mij aan de hand?*) van de cliënt zelf komt, bijvoorbeeld omdat hij op zoek is naar een verklaringsmodel voor zijn klachten (werkbare hulpvraag), kan deze vraag beantwoord worden met formele diagnostiek. Het resultaat kan dan weer leiden tot nieuwe hulpvragen. (Bij een beperking: *Hoe leer ik ermee leven?* Bij een probleem: *Wat kan ik er aan doen?*) Ook wanneer het onduidelijk is of de cliënt over voldoende resources (copingvaardigheden, sociale steun) beschikt om zijn doelen te bereiken, kan nader diagnostisch onderzoek gewenst zijn.

Bij een eerste contact (reguliere of crisisaanmelding) is het wenselijk dat de cliënt een hulpverlener treft die deskundig en verantwoord een screening (globale diagnostiek) kan doen en *tegelijkertijd* vaardig is in het scheppen van voorwaarden voor een optimale werkrelatie. Ernstige pathologie, gepaard gaande met acuut gevaar, gestoorde realiteitszin en/of cognitieve defecten, dient uitgefilterd te worden, daar deze de hulpverlener kan verplichten – gemandateerd door wetgeving en/of beroepscode – tot het inzetten van *niet-vraaggerichte* diagnostiek en behandeling, in het uiterste geval met toepassing van de wet BOPZ. Wanneer – zoals in de meeste gevallen – gewerkt wordt binnen een WGBO-kader en het gaat om een wilsbekwame cliënt, dient uiteraard te worden uitgegaan van diens hulpvraag. De cliënt verleent initieel mandaat aan de hulpverlener om hulp te bieden volgens de geldende opvatting van ‘goed hulpverlenerschap’ en de professionele standaard. Goed hulpverlenerschap vereist dat de hulpverlener de werkrelatie zodanig vorm geeft (circulair mandaat) dat de hulpvraag kan worden vertaald in een werkbare vraag, met doelen die voor de cliënt relevant en haalbaar zijn, gebruikmakend van middelen die met instemming van de cliënt worden aangewend om deze doelen langs de meest doelmatige en minst schadelijke weg te bereiken. De oplossingsgerichte oriëntatie geeft dan ook bij uitstek richting aan goed hulpverlenerschap.

In de GGz is bekend dat de werkrelatie sterk aan verandering onderhevig kan zijn en ook hulpvraag en doelen van de cliënt wisselen in de tijd (niet zelden binnen één gesprek), terwijl tegelijkertijd de hulpverlener door bedrijf, beroepsvereniging, financiers en/of overheid gemandateerd wordt met vragenlijsten, DSM-IV classificaties, behandelplannen, diagnose-behandel combinaties, richtlijnen en/of zorgprogramma's te werken. Daar is niets mis mee wanneer deze praktijken nuttig zijn voor de cliënt, zij schieten echter hun doel voorbij wanneer zij door dwingende toepassing de werkrelatie schaden. Uitputtende inventarisatie van allerlei potentiële probleemgebieden, verplichte screeningslijsten en behandelprotocollen bij een cliënt die daar niet voor komt, zijn schadelijk voor het contact en belemmeren de algemene therapeutische factoren. De hulpverlener moet in dergelijke spanningsvelden zijn weg vinden en alleen bij dringende redenen andere mandaten laten prevaleren boven het mandaat van de cliënt.

De cliënt wordt noch gediend door een rigide probleemgerichte werkwijze, noch door een hulpverlener zonder kompas, die hem stuurloos laat rondzwemmen. De oplossingsgerichte flowchart biedt de GGz-hulpverlener een kompas om de cliënt te helpen het stuur in eigen hand te nemen en via de kortste route zijn bestemming te bereiken.

Oplossingsgericht werken en crisishulpverlening

Ook bij acute problematiek, hoge lijdensdruk en ernstige inperking van het dagelijks functioneren, is de oplossingsgerichte methodiek toepasbaar en is de kans op succes het grootst wanneer haalbare, voor de cliënt relevante doelen worden gesteld bij een optimale werkrelatie. Wanneer de horizon van de cliënt zich niet verder uitstrekt dan een week of zelfs maar een dag, is het evengoed van belang toekomstgericht te zijn en hoop te wekken, door contact te maken, de wens achter een noodkreet te horen, aanwezige resources op te delven en te benutten, een vangnet voor moeilijke momenten te creëren en de meest zinvolle stappen tot het volgende gesprek te bespreken. Bijvoorbeeld: *Het lijkt te erg voor woorden...* (Bij een sprakeloze cliënt.) *Wat/ wie heeft geholpen om u er tot nu toe doorheen te slepen... hier te komen? Bent u eerder in zo'n situatie geweest? Hoe bent u die toen te boven gekomen? Wat denkt u dat het nuttigste is dat we nu kunnen doen? Wat kan in de plaats komen van schadelijk gedrag? Stel het ergste van deze fase ligt achter u, wat is het eerste waaraan u dat zou merken?*

Als voorbeeld uit de GGz-praktijk volgt een ervaring met de integratie van oplossingsgericht werken volgens het Brugse Model binnen een opnamevoorkomende crisisafdeling van de ambulante volwassenenzorg van GGz Groningen Zuid. Deze voorziening biedt zowel intensieve psychiatrische hulp bij de cliënt thuis als acute deeltijdbehandeling op de GGz-locatie. Binnen de afdeling werken, al dan niet in samenwerking met verwijzende

ambulante behandelaars, drie sociaal-psychiatrische teams bestaande uit psychiatisch verpleegkundigen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, een psychomotore therapeut, een of twee huisartsen in opleiding en de auteur in de functie van psychiater. Het oplossingsgerichte werken is vanaf eind 2003 geleidelijk aan ingevoerd onder supervisie van laatstgenoemde, terwijl deze, samen met een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de afdeling, een opleiding in korte oplossingsgerichte therapie volgde. Het geleerde werd doorgegeven in trainingsbijeenkomsten met veel praktische oefening in rollenspel. Doorgaande training en feedback worden gewaarborgd middels wekelijkse sessies waarbij medewerkers actuele cliënten zien, onder observatie van teamgenoten achter een one-way screen.

Het oplossingsgerichte model blijkt een aanwinst voor de teams, in het bijzonder voor de ambulante werkende verpleegkundigen die een coachende rol vervullen bij het begeleiden van cliënten in psychiatrische crises, improviserend met de uiteenlopende mogelijkheden die in de unieke situatie van een cliënt en zijn omgeving voorhanden zijn. Allereerst stimuleert het model bewustwording van de vaak hardnekkige, maar lang niet altijd functionele 'automatische piloot' van probleemgericht werken. Het model helpt voorts om eenheid te scheppen in werkwijze en taalgebruik van teamleden en een gezondheidsgerichte attitude te ontwikkelen. De flowchart wordt gebruikt voor het beschrijven van de werkrelatie, behandeldoelen worden geformuleerd in oplossingsgerichte samenspraak met de cliënt, waar nodig telkens bijgesteld en tot haalbare stappen verkleind met behulp van schaalvragen. Passende resources worden opgespoord binnen het cliëntensysteem en positief bekrachtigd. Toegepaste schaalvragen keren terug in behandelbesprekingen en worden gebruikt om de voortgang te evalueren. Disciplinespecifieke expertise, formele diagnostiek en medicamenteuze behandeling zijn geen ondergeschikte rollen gaan spelen, maar worden doelmatiger ingezet en minder opgedrongen. Meer cliënten worden in minder tijd behandeld, samenhangend met doelmatiger gebruik van interventies en bevordering van zelfredzaamheid. 'Weerstand' in de behandelrelatie wordt beschouwd als een onjuiste inschatting van het niveau van de werkrelatie door de hulpverlener. Aanpassing van de interventies bij de actuele positie op de flowchart blijkt veel tijd en energie te besparen en voorkomt frustratie en therapeutisch nihilisme. Opvallend is bovendien dat oplossingsgericht werken de onderlinge verstandhouding tussen teamleden en de werksfeer ten goede komt. De oplossingsgerichte houding naar cliënten zet zich voort in de houding naar elkaar en teamleden wisselen vaker complimenten uit.

Naar een gezondheidsgerichte ggz

Terwijl probleemgeoriënteerde modellen hun plaats verdienen waar het gaat om ziekte- en symptoombestrijding, ondersteunt een oplossingsgericht model de primaire doelstelling van *gezondheidszorg*, doordat het hulpverleners

helpt een gemeenschappelijke gezondheidsgerichte taal te spreken en gezonde eigenschappen in de cliënt en zijn omgeving te mobiliseren. Een belangrijk postmodern inzicht is dat taal de werkelijkheid niet zonder meer representeert, maar juist *creëert*. In het huidige tijdsgewricht van diagnose-behandel combinaties en zorgprogramma's bedreigt eenzijdig probleemgericht taalgebruik de heilzame invloed van de algemene therapeutische factoren, wat onbedoeld kan leiden tot minder effectieve en duurdere zorg, juist het tegendeel van wat wordt nagestreefd. Een GGz die werkelijk gezondheidsgericht wil zijn, zal er goed aan doen de vertrouwde probleemgerichte oriëntatie (*wat is moeilijk? – klacht – oorzaak – verleden – regel*) in te bedden in de ruimere context van de oplossingsgerichte oriëntatie (*wat is mogelijk? – kracht – doel – toekomst – uitzondering*). Het Brugse Model biedt daartoe een breed toepasbare taal, die een gezondheidsbevorderende context kan scheppen voor cliënten en hulpverleners, hulpverleners onderling, medewerkers en leidinggevenden, en supervisanten en supervisors. Wie de eigen visie boven die van de ander stelt (keuzebeperking) roept weerstand en/of afhankelijkheid op. Wie de visie van de ander respecteert en zijn deskundigheid en taalgebruik ten dienste stelt aan het doel (gezondheid, effectief functioneren) van de ander (keuzeverruiming), kan samenwerking en zelfredzaamheid tegemoet zien. Wie een open oog houdt voor de onverwachte mogelijkheden en unieke oplossingen die in elk individu schuilen, blijft zich bovendien telkens verwonderen en voldoening in het werk ervaren.

Literatuur

- Berg, I.K. & Y. Dolan (2002), *De praktijk van oplossingen - Gevalsbeschrijvingen uit de oplossingsgerichte gesprekstherapie*, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Cauffman, L. (2003), *Oplossingsgericht Management: Simpel werkt het best*, Lemma, Utrecht.
- Cladder, H. (2000), *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Frank, J.D. (1973), *Persuasion and Healing*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Isebaert, L. (2004), *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch, Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*, Thieme, Stuttgart.
- Jong, P. de & I.K. Berg (2001), *De kracht van oplossingen – Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Le Fevere de ten Hove, M. (2000), *Korte Therapie – Handleiding bij het 'Brugse Model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*, Garant, Antwerpen/ Apeldoorn.
- Miller, S. D., B.L. Duncan & M.A. Hubble (1997), *Escape from Babel – Towards a Unifying Language for Psychotherapy Practice*, Norton, New York/London.
- Shazer, S. de (1994), *Words were originally magic*, Norton, New York/London.
- Stoffer, R. (2001), *Het vijf-gesprekkenmodel – Een handleiding*. Eburon, Delft.