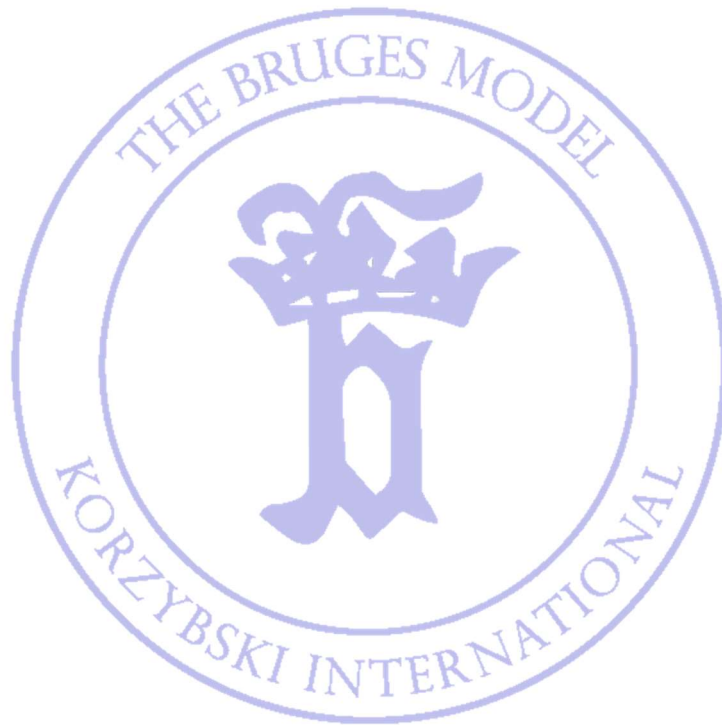




Over hoe die oplossingsgerichte bril plots niet meer af ging.

Oplossingsgericht denken in de praktijk én in het
leven.

Inhoud

Dankwoord

Inleiding

Concepten van het Brugs model

- Belang van de therapeutische relatie

 - De cliënt is de expert

 - De valkuil van empathie

- Interventieschema of Brugse flowchart

 - Probleem of beperking

 - Vrijblijvende relatie

 - Zoekende relatie

 - Consulterende relatie

 - Expertenrelatie

 - Weerstand

Theorie van de gewoonte

Enkele interventies

- Thuisopdrachten

- De mirakelvraag

- Reflectiemomentje

- Waarderend lijstje

- De doelversnipperaar

Conclusie

Literatuurlijst

Dankwoord

Welgemeende dank aan alle docenten die hun bijdrage leverden tijdens al die jaren opleiding.

Speciale dank aan Geert Lefevere. Wanneer het eventjes niet mee zit en ik terugval in onzekerheid, dan denk ik aan zijn wijze woorden "we kunnen maar doen wat we kunnen". Klinkt heel eenvoudig, maar we dreigen het soms te vergeten. Soms proberen we wellicht meer te doen dan binnen onze macht en kracht ligt. Dan herhaal ik dat krachtige zinnetje en kan ik wat beter relativieren.

Speciale dank aan dr. Myriam Le Fevere de Ten Hove. Dankzij haar gebruik ik bijna nooit meer het woord 'genieten'. Nooit zal ik vergeten hoe de rillingen over haar lijf liepen toen een medestudent dat woord in de mond nam. "Alstublieft mensen, gebruik dat woordje niet". En zo geschiedde, ik zeg niet dat ik het nooit meer gebruik, maar ik tracht het toch te beperken, vooral in de werkcontext met cliënten. Ik voel me persoonlijk beter bij het woordje '*contentement*'. Dat is maar een klein – petieterig zelfs - voorbeeld, van wat ik globaal meekreeg van Myriam. Algemeen heeft zij mij geleerd dat taal één van de belangrijkste zaken binnen het Korzybskiaans model is. Het is een kunst op zich om woorden weloverwogen te kiezen. Het lijkt iets klein om mee rekening te houden, toch kan het een groot effect hebben. Daarnaast ben ik haar enorm dankbaar om zo secuur de ingestuurde filmpjes te bekijken, ik leerde hieruit hoe het nog beter kon maar voelde mij vooral enorm gemotiveerd omdat zij telkens benadrukte dat ik reeds solution-focused bezig ben.

Speciale dank aan Erwin De Bisscop. Door het gebruik van beeldspraak, metaforen en humor in zijn verhalen bleef het allemaal heel goed 'plakken'. Ik herken mezelf heel sterk in die stijl.

Speciale dank aan de mensen van mijn intervisiegroep. Die me in moeilijke tijden, na het verlies van een cliënt, hebben bijgestaan. Zonder hen was ik toen misschien gestopt met de opleiding en zelfs met mijn job. Het specifieke model van intervisie (het 'OASE-model' genaamd) zorgt ervoor dat we suggesties aangereikt krijgen om het nog beter te doen, in plaats van kritiek over hetgeen we niet goed doen. Bovendien hebben we dankzij dit model al veel appreciatie gekregen over onze manier van werken en onze manier van zijn. En van appreciatie kan je alleen maar beter worden. Het is fijn om met zo'n warm gevoel terug te blikken op de intervisies. Dat maakt dan ook dat ik onze groep en onze manier van werken graag wil blijven verderzetten in de toekomst, ook na de 4-jarige opleiding. Die mensen zijn een soort van bondgenoten in het oplossingsgerichte.

Inleiding

Stel je voor, een 'echte' papieren, getypte cursus waarin van A tot Z alles beschreven staat over het oplossingsgericht werken. En als je die cursus gelezen en gestudeerd hebt, dan ben je zagezegd oplossingsgericht bezig.

Reken er maar niet op. Oplossingsgericht denken is eerder een state-of-mind, een soort van 'zijn', een stijl, een referentiekader, een paradigma, een manier van denken over verandering. Oplossingsgericht denken staat niet in een cursus, maar zit in je hoofd, in je omgang met mensen, in je kijk naar concepten, in je taal, in je interactie, in je houding en in je manier van doen. Het is zoals fietsen, zwemmen of auto rijden. Een keer het echt in je systeem of in je gewoonte vervat zit, dan gaat het er niet zomaar weer uit.

Het betekent voor mij niet hetzelfde als alles zomaar bekijken met een roze bril, ook al wordt wel eens geïnsinueerd dat oplossingsgerichte therapeuten denken dat alles rozegeur en maneschijn is. We zijn geen naïeve positivo's. 't Zit hem vooral in de nuance en de differentiatie. Bijvoorbeeld, in therapie is er uiteraard ruimte voor het bespreken van problemen, klachten, moeilijkheden, zorgen en bekommernissen (dat is veelal de reden waarom mensen komen, om te ventileren, te reflecteren). Echter, er wordt ook – en meestal ben ik daar nog het meest nieuwsgierig naar – stilgestaan bij hetgeen er wel goed loopt, wat men zeker niet wil veranderen in het leven, wat men wenst te behouden. Is de wereld ellende en miserie? Corona, misdaden, oorlog, armoede, energiecrisis, het klimaat dat ten onder gaat, etc. Ik denk dat we mogen zeggen van wel. Is de wereld mooi? Ook! Maar wanneer we teveel vast zitten in onze problemen kunnen we helaas de mooie dingen niet meer goed zien, dan liggen ze buiten ons gezichtsveld en buiten ons bereik. Mijn doel als therapeut bestaat er onder meer in dat ik mensen help om die zaken terug in het zicht te brengen.



Dit is geen roze bril.

In mijn eindwerk wil ik aantonen op welke manier ik als therapeut de concepten van het Brugs model toepas in de dagelijkse praktijk met mijn cliënten én in het leven algemeen. De voorbije jaren werden we geacht reflecties te schrijven over de diverse gevolgde modules. Die werden dan gebundeld in een portfolio. Ik merkte dat dit voor mij als student een echte meerwaarde vormde, dat ik daar echt iets aan had. Vandaar dat ik dit eindwerk dan ook in deze stijl wens verder te zetten.



Ik ben werkzaam in mijn eigen praktijk, opgericht in april 2019. Ik focus mij hierbij op volwassenen met mentaal-emotionele moeilijkheden.

Het is een solopraktijk, dat houdt in dat ik op dit moment alleen werk en dus geen echte rechtstreekse collega's heb. Ik ben wel in contact met collega's via de lokale psychologenkring en neem deel aan intervisie.

Ik werk eerder op eerstelijnsniveau, waarbij ik mensen doorverwijs als meer gespecialiseerde hulp nodig blijkt te zijn.

Van opleiding ben ik criminoloog (afgestudeerd in 2009) en klinisch psycholoog (afgestudeerd in 2012).

Vooraleer ik de keuze maakte om mijn eigen weg te gaan, was ik tewerkgesteld in een multidisciplinaire groepspraktijk, onder coördinatie van een psychiater verbonden aan een ziekenhuis.

Voorheen werkte ik ook nog in andere functies, in de sector van de dienstencheques als coördinator van huishoudhulp, als jeugdconsulent en als diensthoofd van de kinderopvang bij enkele stadsbesturen.



Ik heb de gewoonte om te spreken over cliënten in plaats van patiënten. Soms hoor ik therapeuten spreken over 'patiënten' en dat vind ik altijd een beetje onaangenaam. Artsen spreken over patiënten en ik ben geen arts. Een patiënt verwijst naar iemand die ziek is. Gezien we binnen het oplossingsgericht denken loskomen van het 'ziek – zijn', spreken we naar mijn mening dus bij voorkeur over cliënten. Als ik zelf bij een therapeut langsga wil ook liever gezien en aangesproken worden als cliënt dan als patiënt.

Ook Carl Rogers (1951), grondlegger van de humanistische, cliëntgerichtheid psychotherapie, sprak trouwens om die reden nooit van patiënten. Rogers vond het namelijk zeer belangrijk om mensen te zien als competent.

Privé maak ik deel uit van een gezin met 2 kinderen (op dit moment zijn ze 5 en 7 jaar). Ik ben bewust parttime aan de slag, om daarnaast nog voldoende tijd te kunnen investeren in mijn relatie, mijn gezin en mijn huishouden. Zoals iedereen wel weet, hebben we diverse rollen te vertolken in het leven. Ik ben therapeut, maar in de eerste plaats ook partner en mama. Uiteraard proberen we elke rol met glans te vervullen, wat een hele investering is. Het oplossingsgericht denken draagt er ook een stukje aan bij dat die pittige combinatie haalbaar blijft voor mij.

Concepten van het Brugs model

Belang van de therapeutische relatie

Een goede relatie tussen cliënt en therapeut is cruciaal voor het slagen van therapie. Indien er geen goede band bestaat en de therapeut bestookt de cliënt met tips en interventies, dan zullen deze sowieso niet werken.

Dit is ongetwijfeld hét uitgangspunt binnen mijn praktijk. In mijn zelf ontworpen logo (zie hieronder) zit de kop van de dodo verwerkt. Dit verwijst naar het 'dodo-bird-effect', een gekend fenomeen in de psychologie, vernoemd naar een passage uit 'Alice in Wonderland', het beroemde verhaal van Lewis Carroll (Rosenzweig, 1936).



“Door het tranenmeer van Alice hadden alle vogels natte veren gekregen. De dodo, een wijze oude vogel, stelde voor om een race te houden rond het meer. Uiteindelijk kwamen alle dieren aan en vroegen zij: “Wie heeft gewonnen?”. “Jullie hebben allemaal gewonnen, want jullie zijn allemaal droog geworden” zei de dodo.”

Het gaat er dus niet om hoe therapeuten geschoold zijn of welke therapiestroming zij hanteren (specifieke factoren), alle therapiescholen verdienen namelijk een prijs. Het gaat vooral om non-specifieke of gemeenschappelijke factoren zoals begrip, aandacht, respect en hoop. Geconcludeerd, alles begint met een goede band tussen cliënt en therapeut.

Wanneer een cliënt contact opneemt met mij wordt er in eerste instantie een kennismakingsgesprek gepland. De term intake gebruik ik persoonlijk niet omdat dit voor mij wat te formeel en te klinisch klinkt. De kern van dit gesprek is – naast de inhoud – aftoetsen of er een samenwerking mogelijk is. Het moet als het ware een beetje ‘klikken’ om van start te kunnen gaan. Pas na dit gesprek wordt er beslist of er al dan niet therapie wordt opgestart. Het kennismakingsgesprek heeft dus een zeer vrijblijvend karakter. De cliënt krijgt hierbij de keuze om reeds bij afloop van het gesprek een nieuwe afspraak in te plannen of om het eerst even te laten bezinken en mij nadien, op korte termijn, een seintje te geven. De meerderheid van de cliënten plant naar mijn ervaring direct een nieuwe afspraak in.



Het beroemde boek van Lewis Carroll, 'Alice in Wonderland', en de afbeelding van het specifieke fragment dat verwijst naar het 'dodo-bird effect', weergegeven in de inkomhal van mijn praktijk.

Om een cliënt te kunnen helpen hebben we 'mandaat' nodig.

Wat ik zie als een akkoord of toestemming van de cliënt om over te gaan tot een welbepaalde interventie. De cliënt beslist waar we mogen rond werken. Zonder mandaat gaan we de cliënt waarschijnlijk niet kunnen helpen. Het is niet omdat wij vinden dat cliënten beter veranderen, dat ze zelf willen veranderen. Soms staat men er niet voor open om te werken aan een alcoholprobleem, maar hebben ze wel interesse om de relatie te verbeteren. Soms willen ze wel werken aan een seksueel probleem (bijvoorbeeld erectiestoornissen) maar niet aan hun middelenmisbruik. Pas wanneer je voldoende alliantie hebt kan je starten met het uitleggen dat het misschien wel samenhangt met elkaar. En daar staat geen exacte timing op, het is vooral een beetje aanvoelen, afwachten en aftasten. Het is een goede zaak als je als therapeut 'een beetje ellebogen hebt'.

Eén van de fundamentele vaardigheden om mandaat te bekomen is 'joinen'.

Oftewel het procesmatig inleven in de leefwereld van de cliënt, een begrip van Minuchin (1973). Die term is echter zeer ruim en omvat zowel verbale als non-verbale aspecten. Joinen zit zowel in de houding, de stijl als in de taal van de therapeut.

Ik zie het als mijn taak en verantwoordelijkheid om de cliënt op zijn gemak te stellen. Op diverse manieren.

Cliënten komen niet zomaar binnen in de praktijk, ik open de voordeur voor hen. Hierbij zorg ik heel bewust dat ik mensen verwelkom met vriendelijke woorden en een glimlach.

Ik benoem steeds de mensen bij hun naam, ik let hier zeer sterk op, dat maakt het meer persoonlijk. Ik wil hen namelijk oprecht welkom heten.



Mijn deurmat van Kamagurka aan de voordeur.

“Soms mag een mens er ook eens zijn voeten aan vegen”.

Waarmee ik van begin af aan wil duidelijk maken dat humor voor mij een belangrijk element is binnen therapie.

Dat moment – de zogenaamde eerste indruk – is cruciaal, geloof ik, ook al is de consultatie zelfs nog niet echt van start gegaan. Ik vraag of ze het gemakkelijk hebben gevonden, of ze de buurt kennen, ik geef aan dat ik blij ben dat ze er zijn, etc. Sommige therapeuten bieden de cliënt iets aan om te drinken, andere niet. Dat is een persoonlijke keuze en ik heb voor beide respect. Ik verkies zelf om dat wel te doen. Een glas water of een koffie. Het zijn geen grote kosten, het is geen grote moeite. Naar mijn mening een betekenisvol kleinigheidje zeg maar. Ooit ging ik als cliënt bij een psychologe langs die zichzelf een koffietje inschonk en mij niets aanbood. Dat onnozel feitje bleef dermate hangen bij mij, dat ik nooit meer terug geweest ben. Doch, het feit dat mijn voelsprietten zeer gevoelig zijn hiervoor zal er ook wel mee te maken hebben.



Wees welgekomen, de koffie staat klaar.

Joinen gaat ook over actief luisteren naar de cliënt zijn verhaal, doorvragen, herhalen, samenvatten, checken of alles wel goed begrepen is en geïnteresseerde vragen stellen ('tracking' genoemd).

Tijdens een kennismakingsgesprek pols ik steeds naar de vrijetijdsbeleving van cliënten. En daar ga ik niet licht over. Als ze 'lezen' aangeven, ga ik altijd navragen wat ze precies lezen, welk genre, welk boek ze nu aan het lezen zijn of welk boek ze zopas gelezen hebben. Onlangs spraken een cliënt en ik over de film 'Onze Natuur' die op dit moment in de bioscoop speelt, omdat we die beiden hadden gezien en vol lof waren hierover. Of bespraken we een passage uit 'Het Diner' van Koch.

Als ze 'koken' aangeven durf ik vragen naar favoriete gerechtjes. Vaak gebeurt het dat we op die manier dan een tof zijsprongetje maken, wat een positieve vibe in het gesprek brengt. De cliënt geraakt hierdoor geconnecteerd met zijn interesses en kwaliteiten. Onlangs leerde ik via een cliënte Moambe kennen, een Congolees stoofpotje.

In het digitaal tijdperk waarin we leven, gebeurt het wel eens dat cliënten dan hun telefoon bovenhalen om allerlei foto's te tonen. Een foto van een zelfgemaakte taart voor een cakesmash, een kostuum voor FACTS (een comic beurs), een huisdier die hen zeer genegen is, hoe ze hun kerstboom hebben versierd, een puzzel die ze afgewerkt hebben, etc.

Een therapeut dient eigenlijk een beetje een kameleon te zijn. Het is bijvoorbeeld ook van belang dat we taal spreken van de cliënt ('mimicri' noemt men dat). Dat kan letterlijk zijn, zoals een gesprek voeren in het dialect (in mijn geval het West-Vlaams) of zeer rustig en traag spreken, maar ook figuurlijk zoals bijvoorbeeld het gebruik van humor of metaforen als je merkt dat de cliënt zich daar graag mee uitdrukt. Ik ben zelf een persoon die houdt van spreken in metaforen, maar bij personen die gediagnosticeerd zijn met ASS laat ik die beter achterwege natuurlijk.



De cliënt is de expert

Een goede therapeutische relatie wordt bekomen door de cliënt te zien als expert van zijn leven. Cliënt en therapeut zijn evenwaardig. Ik tracht cliënten daarom steeds te benaderen vanuit een 'not knowing positie' (Rober, 2002), met een soort van 'beginners mind' zeg maar. Ik heb niet de air de expert uit te hangen, ook al verwachten cliënten dat soms wel een beetje. Ik ben van mening dat je heel veel opleidingen kan volgen, heel veel boeken kan lezen, veel lezingen kan bijwonen, etc. De cliënten die we ontmoeten, kennen we eigenlijk niet. Geen enkele cliënt is dezelfde. Mensen vertellen veel zaken, maar het vergt tijd om uit te zoeken welke betekenis zij hier aan koppelen.

Lacan verwees hier reeds naar in zijn 3^e seminarie, met zijn begrip 'Gardez vous de comprendre' of 'hoed u voor het begrijpen'. Je moet cliënten – en mensen in het algemeen - niet te snel in een hokje willen plaatsen.

We moeten zelfs niet 'doen alsof' we het niet weten. We weten het namelijk letterlijk écht niet. Dat leerden we van Maturana en Varela (1980). We decoderen namelijk elk de werkelijkheid volgens ons eigen unieke neurologisch systeem. Er is geen rechtstreekse connectie tussen de info die we binnenkrijgen langs onze zintuigen en onze neurologische circuits.

Heel recent verscheen er nog een interview met de Britse professor cognitieve neurowetenschappen Anil Seth (De Morgen, 2023) hierover. De wereld die wij ervaren is een constructie van onze hersenen. Het is niet dé realiteit, maar wel een eigen realiteit. Waarnemingen hangen enerzijds af van wat er binnenkomt, doch minstens evenzeer van de beste inschatting die onze hersenen maken op basis van wat ze al kennen.

Er wordt vaak gezegd dat 'begrip tonen' een onmiskenbaar element is binnen een therapeutische begeleiding. Cliënten willen zich inderdaad begrepen en erkend voelen. Echter, hoe doe je dat dan als therapeut? Sinds het volgen van de opleiding en met bovenstaand principe in het achterhoofd zeg ik bijvoorbeeld tegen cliënten "ik geloof je", eerder dan "ik begrijp je". Dat is mijn manier om respect op te brengen voor mijn cliënt. Ik kan het namelijk niet ten volle begrijpen en wil dat ook niet insinueren tegenover mijn cliënt. Je kan eigenlijk nooit 100% begrip nastreven.

Eigenlijk moeten wij als therapeut niet bepalen waarover gesproken moet worden in de sessies. De cliënt is te allen tijde de regisseur van de therapie en bepaalt zowel de inhoud als het tempo. Dat wordt in een kennismakingsgesprek goed duidelijk gemaakt. Bij aanvang van een consultatie pols ik soms letterlijk bij de cliënt wat er primair besproken dient te worden, "hoe kunnen wij deze sessie nuttig maken?" (Berg & Szabo, 2013). Hiermee wordt er onderliggend geïnsinueerd dat cliënten competent zijn om het onderwerp van de consultatie te kiezen. Zij bevinden zich in de actorpositie en genieten keuzevrijheid.

Het is van daaruit heel belangrijk om bepaalde technieken toe te passen in elk gesprek. Namelijk actief luisteren, samenvatten, parafraseren en conceptualiseren, dit is het verduidelijken van begrippen.

Alle mensen zijn namelijk geneigd om te spreken in containerbegrippen, in abstracte termen, waar iedereen een eigen betekenis aan koppelt.

“Ik voel me slecht”.

Wat wil dat dan precies zeggen?

Ben je kwaad, gefrustreerd, angstig, teleurgesteld, moe, heb je pijn, verdriet, ben je aan het rouwen...?

“Ik voel me beter”.

Wat is ‘beter’, waaraan merk je dat precies? Slaap je beter? Heb je meer energie? Heb je meer zin om dingen te doen? Kan je jou beter concentreren?

Merken een andere mensen in jouw omgeving dat misschien ook op?

“De dokter zegt dat ik een burn-out / depressie / angststoornis heb”.

Hoe ziet dat er dan uit bij jou? Welke symptomen en klachten zijn er? Hoe zien anderen dit aan jou? Hoe ervaar jij het?

Waar voel je dat?

“Mijn partner steunt me enorm!”.

Wat is ‘steun’? Kookt hij voor jou, maakt hij jou een kopje thee klaar, geeft hij jou een knuffel, nodigt hij je uit tot een goed gesprek, past hij op de kinderen, etc.?

Binnen het oplossingsgerichte model gaan we kijken naar de kwaliteiten en mogelijkheden van de cliënt en zijn systeem. Bij middelenmisbruikers bijvoorbeeld kijken we verder dan de middelen. Bij gameverslaafden kijken we verder dan het scherm. Ondanks dat er zaken zijn die op heden moeilijk lopen, wat loopt er WEL nog goed?

We reduceren onze cliënt niet tot zijn probleem. Een depressie is maar een stukje van de cliënt, het is niet zijn identiteit. De cliënt ‘is’ niet depressief, hij ‘reageert’ enkel depressief op enkele gebeurtenissen op dit moment in zijn leven. We kiezen dus resoluut voor een growth mindset, in plaats van een fixed mindset (Dweck, 2018).

Op dit moment heb ik een cliënte in begeleiding met een ernstige depressie. Ondanks haar depressie slaagt zij er wel nog in om tijdens haar ziekteverlof ontwerpen te maken voor haar job (ze is tattoo artiste).

De valkuil van empathie

Op de vraag “welke eigenschappen bezit een goede therapeut?” hoor je vaak het antwoord ‘empathie of inlevingsvermogen’. Therapeuten die empathisch zijn, krijgen veel lof. Ze komen over als betrokken en begaan met hun cliënten. Rogers (1951) benoemde het zelfs als één van de 3 onmisbare eigenschappen van de therapeut, naast echtheid (authenticiteit) en onvoorwaardelijke waardering.

Toch hoort er volgens mij een belangrijke nuance bij.

Volgens Bloom (2018) is er een andere manier om anderen te helpen dan met empathie, namelijk met ‘rationele compassie’. Het gaat dan over het warme gevoel van betrokkenheid en de motivatie om te helpen, doch met de nodige afstand. Het is een nuttig inzicht voor mij als psycholoog in het werkveld. Empathie wordt altijd als positief gezien bij hulpverleners, het wordt altijd becomplimenteerd, tegelijkertijd kan het heel belemmerend werken. Ik denk bijvoorbeeld aan die cliënt waar ik 's avonds in de zetel nog aan denk, of aan die cliënt waarvan ik wakker lig omdat ik mij voor een groot stuk kan inbeelden welk lijden die persoon ervaart. Empathie en compassie ontstaan blijkbaar in andere hersengebieden. Empathie kan ons leegzuigen en compassie geeft ons een positieve respons. Het gaat om het evenwicht tussen een warm hart en een koel hoofd. Wanneer ik overstelp geraak door emotie voortkomend uit het verhaal van de cliënt, kan ik ook geen goede hulpverlener meer zijn denk ik dan?! Er heeft niemand baat bij gedeelde onmacht. Een bepaalde afstand werkt beter voor mij. Ik probeer mezelf vaak te herinneren aan dit inzicht en gaf het ook al enkele keren mee in intervisie als suggestie.

Het doet me soms deugd om wat meer afstand te nemen (en tegelijk toch voldoende betrokken en begaan te zijn). Ik kan het alle hulpverleners aanbevelen. Ik denk zelfs dat het beschermend kan werken, zelfs om een ‘burn-out’ te voorkomen. Want ik merk dat velen (o.a. mezelf) hiermee worstelen, té sterk meegaan in het verhaal van de cliënt. Ik denk dat empathie enorm veel energie kost en je er misschien zelfs van opgebrand kan raken.

Empathie is dus niet gevaarloos. Niet voor de therapeut en ook niet voor de cliënt. Denk maar aan ‘victimiserende therapie’, waarbij we volledig worden meegezogen in het probleemverhaal van de cliënt. Hierdoor bestaat het risico dat de cliënt wordt bevestigd in zijn slachtofferrol, eerder probleemgericht dan oplossingsgericht dus.

Onze empathische kwaliteit als hulpverlener is dus misschien tegelijk een valkuil? Ik hou van nuance en zoals met alles is het hier ook van toepassing.

Let wel, het is geen pleidooi tegen empathie. Doch, aan alles is een té, dus ook aan empathie. Rationele compassie is volgens Bloom (2018) blijkbaar een stuk constructiever. Het leed van de ander zien en erkennen en er tegelijkertijd niet in delen.

Ook Rutger Bregman, auteur van 'De meeste mensen deugen' (2019) geeft het advies om empathie te temperen en compassie te trainen. Hij geeft aan dat het een mooie eigenschap is, doch, dat je er geen kampioen in moet zijn, want anders dreig je misschien mee kopje onder te gaan met de cliënt en daar is niemand mee geholpen.



Hierbij nog een kleine bedenking. Zoals eerder aangegeven is taal een belangrijk element binnen het oplossingsgericht werken. Het woord 'compassie' heeft misschien wel iets top-down ("ocharme toch") en houdt hiermee het risico in dat een cliënt terug in een soort slachtofferpositief wordt geplaatst in plaats van in de actorrol. Het woord 'empathie' kan dus gerust behouden worden, mits een genuanceerde invulling en definiëring.

Geconcludeerd, empathie is sowieso een kernkwaliteit. Zolang het de cliënt helpt ontdekken dat hij grip heeft op een aantal zaken, dat het de cliënt in een actorpositie plaatst en niet in een slachtofferrol.

Voor de therapeut is het vooral een kunst om tegelijk dichtbij te komen en afstand te houden. Zoals huisarts Dirk Quagebeur het recent nog verwoordde in de module rond oplossingsgericht werken met ouderen, "als huisarts ben ik de vriend van de mensen en tegelijk niet hun vriend".

Ik heb een aantal cliënten uit de zorg en uit de sector dienstverlening. En sinds corona zijn het er eigenlijk almaar meer geworden (verpleegkundigen, zorgkundigen, huisartsen, therapeuten, maatschappelijk werkers, huishoudhulpen, noem maar op). Op mijn website staat expliciet dat 'hulpverlening voor hulpverleners' wordt aangeboden, dus hierdoor trek ik die doelgroep ook wel een beetje bewust aan.

Onlangs sprak een cliënte mij over het 'hulpverlenerssyndroom', een term die blijkbaar meer en meer wordt gebruikt maar die ik nog niet kende. Ik vroeg haar wat ze hiermee precies bedoelde, of ze dat wat meer kon concretiseren. "Wel, ik wil altijd iedereen helpen, ik ben steeds zo geweest, ook als kind sprong ik in de bres voor klasgenootjes of gekwetste dieren". "Waaauw, mooie karaktereigenschap heb jij" zei ik.

"Er is maar één probleem aan verbonden", zei ze, "ik vergeet mezelf, ik geef al mijn energie aan anderen waardoor ik zelf niets meer overhoud".

"Oké, dan komt het er misschien een beetje op neer om tegelijkertijd die eigenschap te behouden – want het zou zonde zijn om die achterwege te laten, het maakt je namelijk een mooi mens – en tegelijk er niet té ver in te gaan, het mag niet meer ten koste van jezelf zijn, dat zal een belangrijke voorwaarde zijn".

Ze glimlachte en knikte eens en zei "ja dat is wat ik zou willen in mijn leven". Uiteindelijk werkten we hierop verder, de cliënte leerde meer grenzen te stellen en hield beter haar energiepeil in het oog.

Tijdens de opleiding kregen we maar al te vaak te horen "dat we onze cliënt een beetje graag moeten proberen zien" (dixit Erwin de Bisschop, die op zijn beurt de woorden toeschrijft aan dr. Luc Isebaert). Het is goed om hier van uit te gaan en op zoek te gaan naar wat we sympathiek vinden aan onze cliënt. En in de overgrote meerderheid van de gevallen zien we wel iets, als we slechts een kleine moeite doen.

Echter, indien we het echt echt echt niet kunnen zien, hebben we als hulpverlener ook steeds het recht om door te verwijzen. Indien je echt niets sympathiek kan vinden aan een cliënt, dan moet je geen moeite doen om dat te verbergen of te ontkennen, want hoe dan ook, voelt die cliënt dat wel aan hoor. Zoals Geert Lefevere (2022) meegeeft met de woorden "het lukt niet altijd; dan overweeg ik een doorverwijzing". Het is goed om als therapeut onze eigen grenzen te kennen.

Interventieschema of Brugse flowchart

Een goede therapeutische relatie is geen vrijgeleide voor om het even welke interventie (Le Fevere de Ten Hove, 2013). Het Brugs model gaat er van uit dat je niet zomaar gelijk welke interventie kan toepassen in een begeleiding, dit is afhankelijk van het type relatie dat je hebt met je cliënt. Het is eerst en vooral nodig om in te zien waarom deze flowchart nu precies zo belangrijk is. Wel, het zorgt namelijk voor minder frustraties in de begeleiding, zowel bij cliënten als voor therapeuten. Klinkt goed hé!

Soms heb ik wel eens het gevoel 'vast' te zitten in een begeleiding. Dat zal voor de meeste therapeuten herkenbaar klinken. Dat is dan het ideale moment om eens na te denken over de flowchart. Even met een kritische blik naar mezelf kijken. Soms is het nodig om het tempo wat te vertragen. Ga ik niet te snel? Want soms is een cliënt er gewoon nog niet aan toe. Heeft de cliënt niet behoefte aan iets anders op dit moment? Misschien moet ik meer erkenning geven, heb ik te kort stilgestaan bij het lijden van mijn cliënt (soms heb ik ongewild te weinig respect, dat moet ik toegeven) of heb ik misschien te snel advies gegeven, oplossingen aangereikt, terwijl de cliënt hier eigenlijk niet om vroeg? Soms is het nuttig om eens een stapje achteruit te zetten. Dat biedt een frisse blik en geeft goede moed om verder te kunnen gaan. Het heeft me al dikwijls geholpen.

Onderstaande vragen bieden een leidraad om de therapeutische relatie beter in te schatten.

1. Probleem of beperking?
2. Is er een hulpvraag?
3. Is er een werkbare hulpvraag?
4. Heeft de cliënt zicht op passende resources?

Probleem of beperking

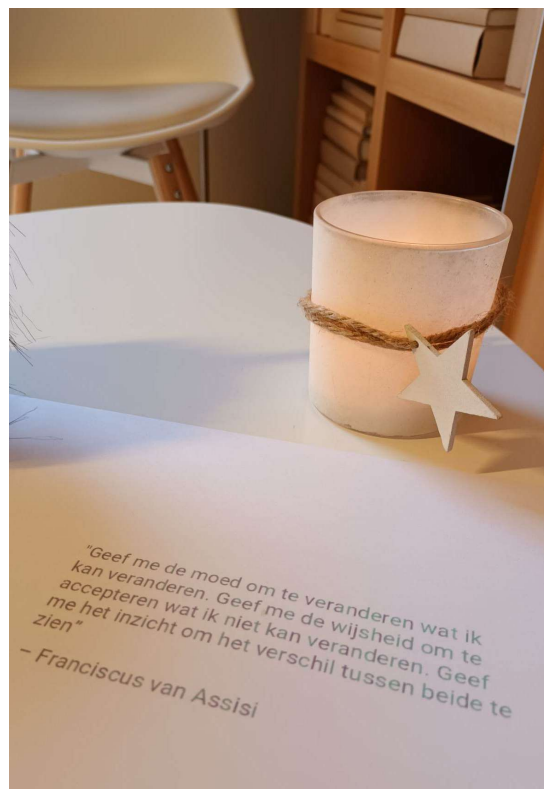
Eén van de grootste frustraties bestaat er in dat we proberen om beperkingen op te lossen. Soms willen we iets oplossen dat niet opgelost kan worden. Dit is een 'mission impossible' die kan uitmonden in een vat vol frustraties: een gefrustreerde therapeut en een ontgoochelde cliënt (Le Fevere de Ten Hove, 2013).

Een probleem is oplosbaar, een beperking niet. Dan gaat het vooral over het aanvaarden, een manier vinden om er mee om te gaan. Het verleden is een belangrijke beperking. Wat gebeurd is, is gebeurd. Dat kunnen we niet meer veranderen. We kunnen wel kiezen hoe we hier, in het heden en onze verdere toekomst, mee omgaan.

Onze perceptie kunnen we veranderen. En we kunnen kiezen hoeveel procent van de tijd we hier nog aandacht aan willen besteden.

Soms spreek ik hier letterlijk over met cliënten, omdat het echt wel een belangrijk inzicht is. Het kan helpen om cliënten een ander perspectief te laten innemen. Vaak verwijs ik hierbij naar het citaat van Franciscus van Assisi (ca. 1181-1226), wat ook wordt gebruikt in het gebed 'serenity prayer' of 'gebed om kalmte' van Niebuhr uit 1943 en later opgepikt door de Anonieme Alcoholisten. De oorsprong van het citaat is niet geheel duidelijk, hier bestaat wat discussie over. Volgens sommigen is het afkomstig van de Oude Grieken, volgens anderen komt het uit de pen van een anonieme Engelse dichter. Hoe dan ook, van waar het nu precies komt is voor mij secundair. Primair is de boodschap die het bevat.

*"Geef me de moed om te veranderen wat ik kan veranderen.
Geef me de wijsheid om te accepteren wat ik niet kan veranderen.
Geef me het inzicht om het verschil tussen beide te zien".*



Een cliënt gaf aan dat hij dit citaat had afgedrukt en had opgehangen boven zijn bureau op het werk. Hierdoor lukte het hem iets beter om bepaalde zaken los te laten in plaats van zich er, zoals eerder het geval was, zich eindeloos in te frustreren. Het citaat is zijn reminder. "Ik jaag me nu minder op, ik besef nu dat ik veel energie heb gestopt in dingen die ik toch niet kon veranderen, het citaat herinnert mij hier dagelijks aan".

Reminders zijn zeer belangrijk. De kracht zit namelijk in de herhaling. Het is niet door één keer dat citaat te lezen of te horen dat het onmiddellijk tot een verandering op vlak van denken, doen of voelen zal leiden.

Het gebeurt tegenwoordig bijna dagelijks dat ik deze stelling in gedachten oproep. Onlangs vertrok ik vanuit de opleiding uit Brugge naar huis (richting Izegem). Er stond op de E403 een lange file van Brugge tot Torhout, omwille van een ernstig ongeval. Ik geef toe, ik ben nogal het type dat zich wel eens durft op te jagen in het verkeer.

Toen dacht ik er aan dat dit mijn beperking was op dat moment. Ik kon de file niet oplossen, mijn auto kan helaas niet veranderen in een helikopter, dus ik kon het alleen maar aanvaarden dat ik later thuis ging zijn. Toen dacht ik er aan dat ik eigenlijk op zich wel geluk had, dat ik tenminste in de file stond en niet betrokken was bij het ongeval. Door het volgen van de opleiding ben ik hier merkbaar in veranderd, ik heb nu een andere – meer genuanceerde positieve – kijk op gebeurtenissen in mijn leven. De situatie was nog steeds dezelfde, de file was er nog altijd, maar ik vond het niet zo heel erg meer. En waar ik vroeger ging thuiskomen als een gefrustreerde tikkende tijdbom, kwam ik nu iets minder gefrustreerd thuis. Des te aangenamer voor mijn partner ook.

Vrijblijvende relatie

Er is geen hulpvraag.

Er is geen veranderingswens.

In dat geval spreken we over een vrijblijvende relatie. We krijgen dan heel weinig mandaat van de cliënt.

Sommige mensen komen niet voor zichzelf naar een kennismakingsgesprek, maar omdat ze gestuurd zijn door iemand anders zoals bijvoorbeeld hun partner of de huisarts. Of ze hebben psychosomatische klachten en interpreteren dit puur medisch. In een reflex zou je kunnen zeggen “dat wordt hier niets, we kunnen niets voor hen doen, pure tijdverspilling”. Doch, ook al komen ze voor een ander en weten ze niet goed waarvoor ze komen, ze zijn er toch hé! Wanneer dit het geval is, probeer ik tijdens het kennismakingsgesprek vooral te benadrukken en te complimenteren hoe ik het waardeer dat cliënten toch komen, ook al staan ze er niet geheel achter. Ik heb daar oprecht bewondering voor.

“Blijkbaar is je partner heel belangrijk voor jou, dat je voor hem of haar dan toch naar hier komt”. “Hoe kunnen we nu samen dit gesprek toch enigszins nuttig maken?”, “Je partner is zo te merken wel bezorgd om jou, hij of zij gelooft duidelijk dat er verandering mogelijk is” en eventueel een context creëren waarbinnen een alternatieve hulpvraag mogelijk is. Maar ik ga mij uiteraard niet opdringen, de bal ligt steeds in het kamp van de cliënt. En hier ga ik vooral geen advies geven.

Hierbij denk ik steeds aan 'oma' (een acroniem van oordelen, meningen en adviezen). "Laat dat mens toch thuis!" (dixit Erwin de Bisschop).

De boodschap hier is joinen, joinen, joinen. Vooral positief bekrachtigen wat er wel goed loopt en connecteren met de verwijzer ("je huisarts vindt het zo te zien belangrijk dat je geholpen wordt", "je partner is begaan met jou", "het gerecht gelooft – ondanks wat er gebeurd is - blijkaar wel nog dat je op het goede pad kan komen").

Zoekende relatie

Er is een hulpvraag, maar deze is onduidelijk of niet werkbaar.

Sommige cliënten zijn wel ergens gemotiveerd om te werken aan iets, maar denken dat ze hiertoe niet in staat zijn ("ik wil stoppen met drinken maar het zal mij toch nooit lukken" is een zelfannulerende hulpvraag).

Ze weten soms niet hoe ze er moeten aan beginnen, ze zien er geen 'doen' aan. Soms zeggen ze dat er wel degelijk een probleem is, maar dat het pas zal opgelost zijn als een ander (bijvoorbeeld partner, werkgever, collega) verandert. Zij moeten er niet aan werken, maar de andere wel.

Soms zijn veranderingswensen heel vaag omschreven bijvoorbeeld "ik zou graag gelukkiger zijn". Of zijn ze onrealistisch, bijvoorbeeld "ik wil compleet af van mijn angst of stress", "ik wil nooit meer piekeren".

Hieronder valt ook de cliënt die komt met een hele wirwar en complexiteit aan klachten waarmee je als therapeut wordt overstelpt.

Of de cliënt die té hoge verwachtingen koppelt aan de therapie en hoopt dat de therapeut met een wonder of mirakel zal afkomen en - het liefst in 1 sessie – alle problemen zal oplossen met een toverstokje. We kennen allemaal wel zo'n cliënten. Dat wordt een 'zelfverlammende houding' genoemd (Isebaert, L, Lefevere, G, 2022). Je kan die cliënten dan benoemen als 'lastig' of 'moeilijk', of noemen we ze misschien beter 'zoekend'?

Enerzijds doet het mij soms echt steigeren als ze die verwachtingen naar mij toe durven benoemen. Ik geef het toe, daar komt mijn haar van recht. Anderzijds kijk ik in de spiegel en besef ik dat ik ook verwacht dat mijn bestelde pakketje op bol.com de dag daarna wordt geleverd. Het is nu eenmaal een maatschappelijk gegeven dat we het gewoon zijn om snel gediend te worden. Hierover durven in communicatie te gaan met de cliënt helpt mij hierbij, het neemt de druk wat weg. Ik durf letterlijk te zeggen "we gaan in therapie samen op zoek naar kleine elementjes die op termijn allemaal samen kunnen bijdragen tot een groter gevoel van welzijn. We gaan niet op zoek naar wonderen of mirakels want helaas bestaan deze niet, maar dat weet jij wel hé". Ik zie dan alle cliënten overeenstemmend knikken.

Het vormt in een dergelijke cliëntrelatie de uitdaging om tot concrete, realistische, werkbare doelen te komen. En bij voorkeur worden doelen positief geformuleerd. Als oplossingsgerichte therapeuten focussen we niet op wat de cliënt niet meer wilt, maar wel op wat de cliënt wel wilt. Denk hierbij aan de taximetafoor. Je geeft aan de chauffeur door waar je naartoe wilt gebracht worden ("ik wil naar Brugge"), je zegt niet waar je niet naartoe wilt ("ik wil niet naar Gent", "ik wil niet naar Kortrijk").

Dat heeft psychiater Milton Erickson (Rossi, 1980) – die mee aan de basis lag van solution-focused therapie - ons geleerd. Hij liet cliënten zich voorstellen dat ze enkele maanden later opnieuw bij hem op consultatie kwamen en vertelden over de problemen die opgelost waren, een soort pseudo oriëntatie in de tijd. Hij vroeg hen hoe ze dat hadden aangepakt. En dat bleek een zeer effectieve interventie te zijn. Door te polsen naar de gewenste situatie (in plaats van wat niet gewenst is) installeren we een self fulfilling prophecy (we krijgen wat we verwachten). We visualiseren ons doel. Door visualisatie, een techniek ontleend aan de hypnotherapie, laat hij zijn cliënten een toekomstbeeld voorstellen waardoor cliënten toegang kunnen krijgen tot hun resources. Dat is namelijk één van onze taken als therapeut (Koeman en Vranken, 2014).

Daarnaast zet ik graag in op copingvragen en uitzonderingsvragen.

Wat probeert de cliënt nu al?

Hoe heeft de cliënt het tot nu toe kunnen volhouden, hoe heeft de cliënt het tot nu toe klaargespeeld?

Waarbij er in feite indirect een compliment wordt gegeven. De cliënt krijgt namelijk het inzicht dat hij er al aan werkt. Het is niet dat hij er nog moet aan beginnen werken, hij is er al mee bezig, daar gaan we steeds van uit. De eerste stap moet niet meer gezet worden, het is eerder zoeken naar de volgende stap!

Het is hierbij belangrijk om respect te blijven hebben voor het symptoom. Ik hou steeds in het achterhoofd dat onaangepaste coping zoals zichzelf verwonden, piekeren, dwangmatig gedrag, drinken, etc. ook coping is! Het is dan een kwestie – als de cliënt hier een hulpvraag rond heeft - om samen op zoek te gaan naar een alternatieve coping.

Doorheen de opleiding leerde ik om een pitbull te zijn op vlak van de uitzonderingen. We kunnen zodanig gefocust zijn op het probleem, dat we vergeten te kijken naar wanneer het probleem zich niet of minder voordoet. Terwijl dat vooral belangrijke vaststellingen zijn om verder mee aan de slag te gaan. Er zijn namelijk altijd uitzonderingen (ook al ziet men ze soms niet direct). Men is nooit 100% van de tijd even depressief of angstig, men is niet constant aan het drinken, middelen aan het gebruiken of aan het piekeren.

Schaalvragen (ook wel differentiatievragen genoemd) kunnen ook een zeer nuttig instrument zijn in oplossingsgerichte gesprekken.

Hiermee probeer ik cliënten los te laten komen van het 'alles of niets' verhaal, er is dan ruimte voor nuance. De cliënt krijgt hierdoor het inzicht dat niet alles zwart wit is en dat er hele kleine stapjes zullen nodig zijn om vooruitgang te boeken.

Vaak zien cliënten op dat moment dan ook in dat ze al een kleine stap hebben gezet, het biedt motivatie en moed om verder te gaan.

Waar sta je nu al op de schaal?

Wat doe je al?

Stel dat je nu op een 6 staat, wat zit er dan reeds in die 6?

Op die manier krijgt de cliënt aan de hand van visualisatie een soort van 'mini successscenario' voor ogen.

Waar wil je naartoe?

Stel dat je nu op een 6 staat en je wilt naar een 7, wat doe je dan?

Hoe doe je dat?

Hierbij aanvullend nog een belangrijke bedenking.

Oplossingsgericht gaan we niet spreken over de eerste stap. Wel over de volgende of eerstvolgende stap, waarmee we insinueren dat de cliënt reeds (kleine) stapjes heeft gezet en niet helemaal van 0 moet beginnen. Onrechtstreeks zit er een complimentje in voor de inzet van de cliënt.

We vragen hier ook liever niet wat de cliënt nodig heeft. Dat is iets riskant, want het bevat een soort impliciete diskwalificatie, we insinueren namelijk dat de cliënt iets nodig heeft. Meestal weten de mensen hier zelfs geen antwoord op. In een consulterende relatie kunnen we daar wel wat meer uitgebreid op ingaan (zie verder), echter alleen als de cliënt hier expliciet om vraagt of als de eigen resources onvoldoende zijn, dan kunnen we het eventueel vrijblijvend aanbieden.

Ik werk op deze positie in de flowchart graag met observatieopdrachten.

De cliënt hoeft hierbij niet echt iets te doen, het is enorm laagdrempelig. Ik ben zelf grote fan van opdrachtjes die zo weinig mogelijk tijd en moeite kosten. Vraag me niet om een uur op een yogamatje te zitten, maar een ademhalingsoefening van 90 seconden (wetenschappelijk bewezen dat dit dan al effect heeft), daar sta ik wel voor open.

Een observatieopdracht is niet letterlijk iets doen, het gaat eerder over een manier van kijken naar zaken. Ik zie het als volgt, de cliënt wordt hierdoor uitgedaagd om de oplossingsgerichte bril al af en toe eens op te zetten in zijn dagdagelijks leven.

Ik ga niet echt de suggestie geven om er komende periode op te letten wanneer men piekert (piekerdagboek), maar wel om er op te letten wanneer men niet of minder piekert. “Als je niet of minder piekert, wat ben je dan aan het doen, wat voel je dan, wat denk je dan, wie is er bij jou?”. Hier ben ik het meest benieuwd naar!

Consulterende relatie

Er is een werkbare hulpvraag, maar de cliënt heeft (nog) geen zicht op passende resources of hulpbronnen.

Men wil wel veranderen, maar men weet niet hoe. Hij is zich (nog) niet bewust van de krachtbronnen binnen zichzelf en zijn omgeving. Of ze moeten misschien nog aangeleerd worden.

Een doel van therapie is om mensen hun persoonlijk gereedschapskistje uit te breiden met tools. Dat is hoe ik het zie. En die tools kunnen vanalles zijn. Het kan gaan over concrete dingen zoals een ademhalingsoefening of een positief dagboek, maar het kan evengoed een betekenisvol persoon zijn. Of zelfs een bepaald inzicht, een reflectie of perspectief. Als iets werkt, dan werkt het, en dan mag het in de toolbox, wat dat ook moge zijn. Het is altijd een aangenaam gevoel om te weten dat er iets in het kistje zit. Let wel, het is een levenslang proces, het kistje kan steeds uitgebreid worden, niet alleen door therapie maar ook in het dagelijks leven door zelftherapie (dat is wanneer cliënten zelf zaken uitproberen die hen mogelijks kunnen helpen). In het voorjaar van 2022 besloot ik om het online zelfhulpprogramma te volgen van Paul Koeck, ‘Mijn Kwartier’. Dat deed ik volledig op mezelf, zonder therapeut. Ik ga niet beweren dat ik 100% alles heb meegepikt hieruit, maar sommige zaken (bijvoorbeeld dagelijks stilstaan bij hetgeen waarvoor ik dankbaar ben) heb ik wel toegevoegd aan mijn persoonlijk gereedschapskistje.

In therapie gaan we samen op zoek naar zaken die helpend zijn. Het is niet de bedoeling dat wij gaan bepalen wat de cliënt als helpend ervaart. Het is wel de bedoeling dat we de cliënt helpen om dit te ontdekken. Het is niet per se nodig dat we hierbij steeds op zoek gaan naar nieuwe zaken. Soms helpt het ook om eens samen met de cliënt terug te kijken naar het verleden. Ongetwijfeld zijn er reeds moeilijke periodes of dipjes geweest, dat maakt iedereen mee in zijn leven. Hoe heb je dat in het verleden aangepakt? Wat toen hielp, zal hoogstwaarschijnlijk opnieuw helpen. We willen de cliënt ‘betrappen’ op hetgeen hij of zij al doet in de gewenste richting.

Een cliënte gaf onlangs aan “vorige zomer startte ik mijn dag steeds met enkele minuutjes meditatie, ik had daar deugd van. Door de drukte is dat weggefallen, misschien zou ik er deugd van hebben om terug de draad op te pikken”.

“Oké, wat zou je er van denken om dat tegen volgende sessie eens opnieuw te proberen, zou dat nuttig kunnen zijn voor je?”. Door dat als therapeut te bevragen kan je bepaalde krachtbronnen – die door bepaalde omstandigheden naar de achtergrond waren verdwenen – terug op de voorgrond plaatsen.

Er wordt soms gezegd dat advies geven als therapeut aan de cliënt eerder not done is. Dat is eigenlijk te kort door de bocht geformuleerd vind ik. Er mag namelijk gerust advies gegeven worden, als de cliënt daar naar vraagt. Echter, de manier waarop is heel belangrijk. Het is zeer belangrijk dat het advies een vrijblijvend karakter heeft.

Expertenrelatie

Hierbij gaat het over cliënten die wel zicht hebben op resources.

De cliënt weet dan hoe hij zijn eigen krachtbronnen of die in zijn omgeving kan gebruiken. En we kunnen dit alleen maar bekrachtigen en aanmoedigen. “Dat is een goede keuze, hopelijk kan je dat verder blijven aanhouden!”. Op dit moment worden wij als therapeut overbodig, de therapie kan afgerond worden.

Binnen het Korzybski instituut wordt er gesproken over kortdurende therapie of ‘korte therapie’ (Le Fevere de ten Hove, 2013). Hoe zie ik dat dan precies, wat is mijn interpretatie? Een exacte termijn kunnen we er niet opkleven, doch ik probeer in een zo weinig aantal sessies zo efficiënt mogelijk te werken (de flowchart is ook een middel om dat doel te bereiken). Ik probeer te werken met kortdurende programma’s waarbij ik de cliënt een soort van ‘boost’ wil geven, een duwtje in de rug, om het zelf terug alleen te kunnen.

Hoe lang duurt therapie? Zolang de cliënt er behoefte aan heeft en het een meerwaarde vormt.

Soms spreekt men over een mogelijke valkuil die hieraan verbonden kan zijn, namelijk het moment waarop cliënten afhankelijk worden van hun therapeut. Ten eerste vind ik het in zo’n situatie van belang om die bezorgdheid openlijk te benoemen naar de cliënt toe en verder te bespreken. Ten tweede merk ik dit minder in de ambulante context waarin ik werk. Vermoedelijk zit de kostprijs er ook voor iets tussen.

Het afronden van de therapie vind ik persoonlijk een zeer belangrijk onderdeel van de therapie. Het gebeurt wel eens dat de therapie ergens wordt afgebroken zonder tekst aan uitleg. Een cliënt komt bijvoorbeeld niet naar de afspraak en laat niets meer van zich horen.

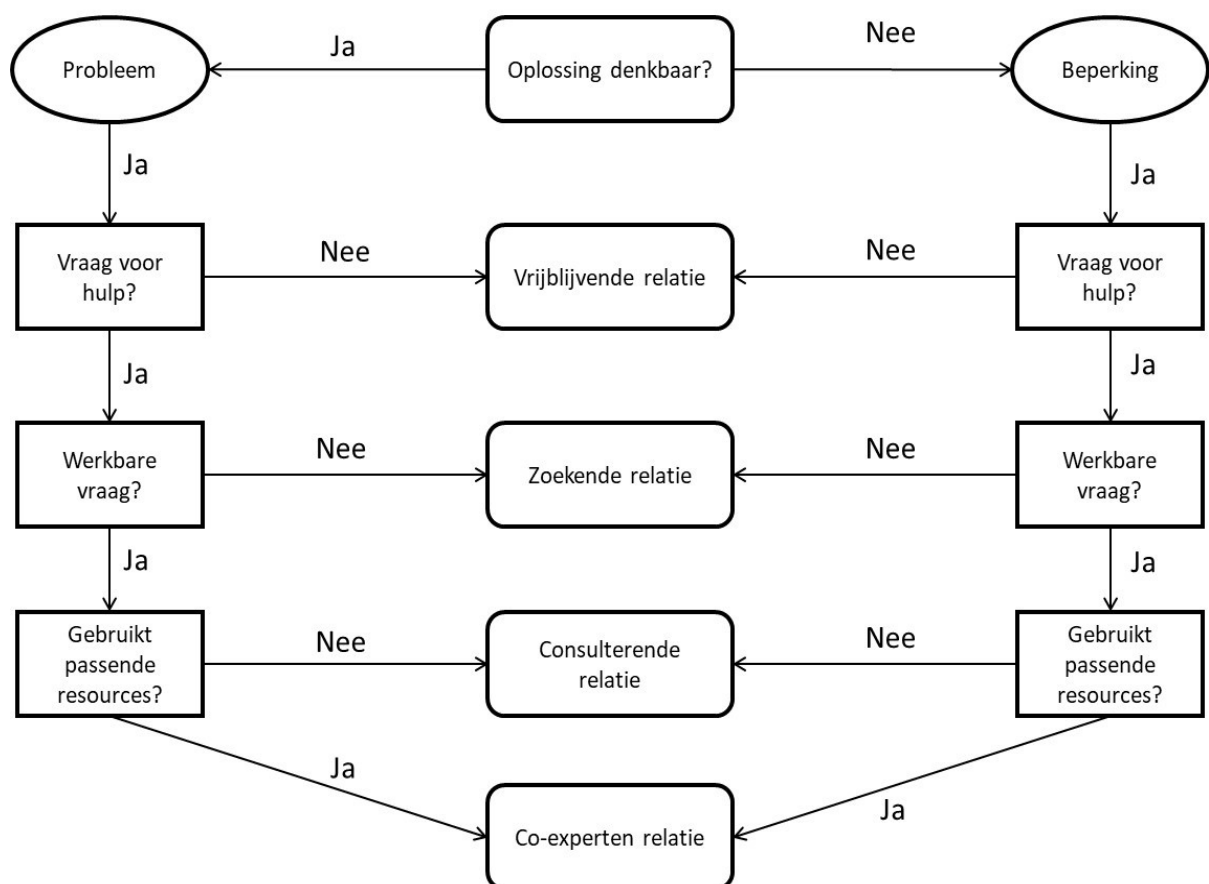
Of een cliënt is ziek en annuleert de afspraak, vraagt enkele data voor een nieuwe consultatie en reageert dan niet meer, etc.

Dat is één van de zaken waar ik moeilijker mee overweg kan.

Samen met de cliënt evalueer ik graag het proces (niet enkel op het einde, maar ook tussentijds). Ik ben benieuwd wat cliënten willen onthouden, ook al komen ze niet meer langs bij mij. Ik hoop dat ze op een positieve manier kunnen terugblikken op de therapie en dat ik – bij wijze van ‘pop-up’ - af en toe eens verschijn in hun gedachten, als reminder van bepaalde inzichten die ze hebben opgedaan. Ik complimenteer hen stevast met het feit dat ze de stap zetten naar de hulpverlening en zich openstelden voor psychotherapie. En dat ze uiteraard mogen terugkomen mocht dat nodig zijn.

Een cliënt die na enige tijd terug komt aankloppen, dat moeten we niet direct zien als het falen van de therapeut. Integendeel. Het is een signaal dat de cliënt nog steeds geloof en vertrouwen in de therapeut heeft. Waarschijnlijk is hij in het verleden goed geholpen geweest. Het is ook geen falen van de cliënt. Het is gewoon eigen aan het leven dat het leven met ups en downs gaat.

Flowchart



Weerstand

Het concept 'weerstand' bekijken we als iets constructief, iets nuttig. Eigenlijk moeten we de cliënt hiervoor zelfs dankbaar zijn want het is een bron van informatie (dixit Geert Lefevre). Het wil zeggen dat we (nog) niet op het goede spoor zitten. Als we een cliënt voelen tegentrekken, proberen we best een andere aanpak.

Weerstand schrijven we niet enkel toe aan de cliënt alleen, maar bevindt zich eerder in interactie tussen cliënt en therapeut. Eigenlijk is het gewoon beter dat we het woord 'weerstand' niet (meer) gebruiken. Het is namelijk geen bruikbaar begrip, het werkt contraproductief. Het suggereert dat de cliënt niet wil veranderen (Bannink, 2007). Als we op die manier naar onze cliënt kijken, dan is dat natuurlijk ontmoedigend voor de therapeut en stralen we dat ook uit naar onze cliënt.

Ik ga bijvoorbeeld nooit een cliënt bekritisieren omdat hij zijn thuisopdracht niet heeft gemaakt. Ik heb misschien niet de juiste opdracht meegegeven? De cliënt was er misschien nog niet aan toe?

Spreeken over weerstand hindert de samenwerking. Sinds het volgen van de opleiding ben ik mij hier meer van bewust. Het is een behoorlijke uitdaging als hulpverlener want het is snel gezegd "die cliënt heeft weerstand".

Weerstand bestaat niet binnen het oplossingsgericht denken, net zoals lastige cliënten niet bestaan. Er bestaan enkel lastige interacties, wat maakt dat het een gedeelde verantwoordelijkheid is tussen cliënt en therapeut. Het gaat er dan over om op zoek te gaan naar een manier waarop er beter kan samengewerkt worden.

Theorie van de gewoonte

Een gewoonte bestaat uit de drie-eenheid van logos (gedachten of cognities), pathos (gevoelens) en ethos (gedrag). Deze 3 bouwstenen werden reeds door Aristoteles in 'Retorica' omschreven. Als je 1 van deze zaken verandert, zullen de andere automatisch mee veranderen. Ze staan onderling met elkaar in wisselwerking. Psychotherapie helpt mensen om één van deze factoren te beïnvloeden.

Daarnaast zit een gewoonte ook vervat en ingebed in een context of omgeving (oikos, belang van het systemisch werken). Ik pols – reeds in een kennismakingsgesprek – steevast naar het netwerk, naar de betekenisvolle omgeving van de cliënt. "Wie zijn er jouw steunfiguren en bondgenoten in het leven?". En dat mag ruim gezien worden. Er wordt hierbij ook gevraagd naar de aanwezigheid van huisdieren. Die kunnen evenzeer betekenisvol zijn. We mogen de therapeutische kracht van een huisdier zeker niet onderschatten. Dan denk ik aan die cliënten die zich isoleren omwille van depressiviteit, maar toch een uitzondering maken voor de hond des huizes ("we gaan niet ver, maar elke dag een blokje rond lukt wel nog"). Dieren blijken zeer goede therapeuten te zijn.

De taak van een hulpverlener binnen het oplossingsgericht denken omvat het creëren van een context waarin een nieuwe gewoonte kan ontwikkeld worden.

Alles is uiteindelijk een gewoonte. En er zijn goede, maar ook minder goede gewoontes (piekeren, negatief denken, agressief reageren, roken, automutileren, etc.). In plaats van verslaving spreken wij als oplossingsgericht therapeuten zelfs over 'een uit de hand gelopen gewoonte'. Een gewoonte die werd aangeleerd kunnen we nooit afleren, maar we kunnen wel een nieuwe alternatieve gewoonte creëren. Dan ontstaat er terug keuzevrijheid. Gewoontes zijn vaak automatismen waar we niet echt meer bij nadenken. De cliënt kan dan de keuze maken om het pad van de nieuwe gewenste gewoonte te kiezen.

Als therapeut help je de cliënt in te zien dat hij niet 'vast' zit, maar dat er mogelijkheden zijn. Je zou kunnen zeggen dat keuzevrijheid samenvalt met geestelijke gezondheid. Pas als je niet meer in staat bent te kiezen, reageer je pathologisch (Isebaert, L, Lefevere, G, 2022).

Recent gaf een cliënte aan dat ze iets wil veranderen aan haar alcoholgebruik. Elke avond drinkt ze een glaasje wijn om te ontspannen. Dat werkt voor haar heel goed, het is namelijk erg stress reducerend, maar tegelijk wil ze hier van af. Haar vader is gestorven aan de gevolgen van een alcoholverslaving en ze wil absoluut niet diezelfde toer op. Die gedachte bezorgt haar veel onrust. Wat ze elke dag doet strookt eigenlijk niet met wie ze zou willen zijn (de zogenaamde 'existentiële keuze'), namelijk een gezonde fitte vrouw en moeder die haar job als treinconducteur wil behouden en die graag een halve marathon zou willen lopen in de toekomst.

Door het overlopen van mogelijke alternatieven in de therapie, slaagde ze er nu reeds in om een dagje niet te drinken en een warm bad te nemen in de plaats.

Het nemen van een warm bad heeft voor haar namelijk hetzelfde effect als het drinken van een glas wijn (ontspanning). Je kan als therapeut uiteraard onmiddellijk een aantal alternatieven aanbieden, maar het is nog krachtiger als het van de cliënt zelf komt natuurlijk! Ik tracht hier zeer behoedzaam voor te zijn.

Nogmaals, adviezen kunnen zeker en zijn niet per se verboden, maar ik probeer er gewoon erg voorzichtig mee te zijn. Ik heb – waarschijnlijk zoals iedereen - al veel goedbedoelde adviezen gekregen in mijn leven, maar die totaal niet helpend waren, integendeel.

Wanneer een vriendin zegt “Jij hebt veel stress, Julie. Ik weet wat jij nodig hebt. Je moet er eens écht uit zijn. Boek eens een reisje.” Op reis gaan is voor velen misschien de ultieme ontspanning, maar voor mij niet. Ik slaap het liefst in mijn eigen bed en ik haat koffers inpakken en uitladen. Op reis gaan is voor mij stress! Want ik denk altijd dat ik iets ga vergeten.

Of wanneer mijn partner zegt “Ik zie dat jij een drukke dag hebt gehad. Zet je maar in de zetel bij de kinderen, ik zal wel koken”. Oh neen, ik kan dat niet, in de zetel zitten kijken terwijl mijn man kookt, dat is pas zenuwslopend. Koken is zo ontspannend voor mij, na een drukke werkdag, neem dat niet van mij af.

Ik klink nu heel ondankbaar natuurlijk, doch, zo bedoel ik het niet. Ik zie natuurlijk de goede intentie. Het zijn slechts voorbeelden die aantonen dat advies geven makkelijk lijkt, maar het niet altijd is. Tijdens intervisie overladden we degene die de casus inbrengt met suggesties (adviezen dus). En hoe meer hoe beter uiteraard. Echter, het is niet de bedoeling dat die casusinbrenger onmiddellijk alles zomaar klakkeloos uitvoert en het over een andere boeg gooit, hij mag er de suggesties uitkiezen die hij als meest helpend ervaart en waarvan hij de meerwaarde inziet.

Hierbij sluit ik af met een persoonlijke anekdote.

De zomervakantie is voor mij één grote puzzel om opvang voor de kinderen te regelen (ik weet het, ik ben niet alleen, het zal voor velen herkenbaar klinken). Het is meestal een combinatie van kampjes, speelpleinwerking, tijd spenderen bij de grootouders en thuis zijn. Op een gegeven moment waren de kinderen ingeschreven in een zomerkamp met als thema ‘de onderwaterwereld’. Op maandagochtend – bij het brengen van de kinderen – sprak een begeleidster mij aan, “niet vergeten, morgen is het zwemmen”. Iets wat ik blijkbaar over het hoofd had gezien. Ik merkte dat ik hierop wat panikeerde, mijn kinderen konden op dat moment totaal nog niet zwemmen en waren nog behoorlijk jong.

En paniekerig reageren op onvoorspelbare situaties m.b.t. de kinderen, ik mag wel zeggen dat dit mijn gewoonte is.

Die nacht lag ik te woelen en te woelen in bed. Ik merkte dat mijn ademhaling en mijn hartslag versnelde. Ik werd duizelig (waarschijnlijk door op een verkeerde manier adem te halen).

Mijn gedachten (mijn zoon zal verdrinken) zorgde voor lichamelijke spanning en een algemeen paniekgevoel. In mijn gedachten zag ik mijn zoontje reeds op de bodem van het zwembad. Ik werd er letterlijk misselijk van.

Op dat moment probeerde ik mijn eigen therapeut te spelen, wat dus absoluut niet eenvoudig was.

Ik sprak mezelf aan (in gedachten) en realiseerde me dat het midden in de nacht was en mijn kinderen rustig lagen te slapen in bed. Julie, wat zeg je steeds tegen jouw cliënten, probeer het nu eens toe te passen voor jezelf.

Ik veranderde enerzijds iets aan mijn doen (een ademhalingsoefening).

Diep inademen via de neus.

En de buik laten vullen met lucht (in plaats van de longen).

Hierbij denken : “ik laat de rust toe”.

Diep uitademen via de mond.

Hierbij denken : “ik laat de stress wegvloeien”.

En anderzijds iets aan mijn denken (het opnoemen van geruststellende, helpende gedachten).

Er zou extra begeleiding meegaan, het was buiten de openingsuren van het zwembad, het zou enkel in het kleine badje zijn, de kinderen zouden veiligheidsbandjes aandoen, er zou een juf watergewenning meegaan, etc. En het belangrijkste argument: mijn kinderen wilden zelf ook mee naar het zwembad.

Door iets aan te passen op vlak van de gedachten én op vlak van mijn doen, mijn gedrag, kreeg ik een ander – rustiger – gevoel. Hierdoor slaagde ik er in om de angst om te vormen tot een bezorgdheid. Gelukkig kon ik toch nog enkele uurtjes slapen die nacht. 's Anderdaags liet ik de kindjes dan toch mee gaan zwemmen. Op het einde van de dag haalde ik hen terug op. Alles was gelukkig goed gelopen.

En bij vertrek riep de begeleidster nog: “en donderdag is het opnieuw zwemmen...” :-)

Ik was tevreden dat ik er in geslaagd was om het toch toe te staan aan mijn kinderen.

Ik wil een bezorgde moeder zijn, maar geen overbezorgde.

Het is voor mij heel fijn om te weten dat een eenvoudige korte ademhalingsoefening en het puur benoemen van opkikkertjes of helpende gedachten deel uitmaken van mijn persoonlijk gereedschapskistje.

Enkele interventies

Hieronder geef ik een aantal interventies mee die wel gekend zijn binnen het oplossingsgericht werken. Doorheen de opleiding heb ik die interventies een eigen 'touch' gegeven en in een andere verpakking gestopt. Het is als therapeut belangrijk om niet zomaar klakkeloos interventies te kopiëren van andere therapeuten, geef er een persoonlijke toets aan, zodat het wat past bij je stijl. Geloof je niet in een bepaalde actie, laat die dan achterwege. Het heeft geen zin om krampachtig interventies uit te voeren waar je zelf niet achter staat, de cliënt heeft hier goede voelsprietten voor en zal dat opmerken. Aan de andere kant kan het geen kwaad om eens iets uit te proberen die buiten de comfortzone ligt. Wie weet valt het beter mee dan gedacht.

Thuisopdrachten

Hieronder mijn algemene visie op het meegeven van opdrachten.

Hier zijn voor mij nog een aantal voorwaarden aan gekoppeld, naast het rekening houden met de therapeutische relatie en de positie in de flowchart.

Vooreerst, ik ben een zeer grote voorstander! Ik zal in de overgrote meerderheid van de gevallen een opdracht meegeven. De therapie gebeurt namelijk niet in de sessie, maar thuis. Het is daar dat de verandering zich moet volstrekken. Bij het creëren van een nieuwe gewoonte is herhaling noodzakelijk. Enkel maandelijks eens langsgaan bij de therapeut om te reflecteren zal misschien deugddoend zijn, maar mogelijks niet voldoende om een nieuwe gewoonte te installeren.

Ik spreek persoonlijk nooit over huiswerk, maar eerder over thuisopdrachten. Taal is enorm belangrijk binnen het oplossingsgericht werken. Huiswerk is voor veel mensen negatief geconnoteerd, refereert naar een onderwijscontext, heeft een dwingend karakter. Roept soms zelfs een soort afkeer op bij bepaalde mensen.

Ook keuzevrijheid is een belangrijke pijler binnen het oplossingsgericht werken. Cliënten mogen eerst en vooral de keuze maken of ze de oefening al dan niet proberen.

Er worden ook minstens 2 opdrachten aangereikt, waaruit de cliënt een keuze kan maken. De cliënt hoeft zeker niet alles te doen. "Kies er gerust iets uit, je hoeft niet alles te proberen, ik ben benieuwd wat je zal kiezen". Ik benadruk zeer sterk het vrijblijvende karakter aan mijn cliënten. Indien ze de keuze maken om een opdracht te proberen, dan doen ze dat voor zichzelf en niet voor de therapeut. Gelijk wat ze doen, de opdracht wel of niet uitvoeren, het is allemaal oké, ze kunnen in principe niet misdoen.

De opdrachten worden besproken in de sessie en nadien ook nog eens doorgestuurd per mail. Het soort opdrachten dat ik meegeef met cliënten zijn meestal oefeningen die ik thuis, in mijn dagelijks leven, zelf al heb geprobeerd. Zodat ik weet waarover ik spreek. Echter, het is niet omdat iets voor mij werkt, dat het ook voor de cliënt werkt natuurlijk, daar blijf ik mij van bewust en benadruk ik ook in de consultatie. Mijn eigen unieke handleiding is namelijk niet gelijk aan die van de cliënt. Hierdoor gebeurt het ook dat we samen een opdracht bedenken. Waardoor het ook meer aansluit bij de handleiding van de cliënt.

Ik heb de indruk dat mensen onder bovenstaande voorwaarden iets sneller geneigd zijn om de opdracht toch een kans te geven.

De mirakelvraag

De 'mirakelvraag' (De Shazer, 1994) – of ook wel 'de wondervraag' genoemd – hoort sowieso bij het oplossingsgericht gedachtegoed. Aanvankelijk was ik zeer sceptisch hiertegenover, omdat ik het niet zo heb met mirakels.

Echter, op heden, heb ik er mij wat over gezet en gebeurt het wel eens dat ik deze techniek toepas, om doelen wat meer concreet te maken, om een veranderingswens te verduidelijken, om na te gaan wat cliënten echt belangrijk vinden in het leven, wat er voor hen existentieel is. Echter, het is zeker geen must. Je hoeft deze vraag niet per se te stellen om oplossingsgericht bezig te zijn, het is enkel een optie, laat dat duidelijk zijn. Het is slechts één van de mogelijke technieken. Het is een middel en geen doel!

Ook al lijkt deze techniek op het eerste zicht wat simplistisch en zelfs naïef, het kan wel degelijk tot iets nuttig leiden, de mirakelvraag kan best krachtig zijn.

Wederom is het belangrijk dat dit onder enkele voorwaarden gebeurt, het moet niet zomaar ondoordacht - uit het niets - uit de mouw worden geschud tijdens een consultatie. Het hoeft niet letterlijk te worden overgenomen zoals in de literatuur beschreven, maak er als therapeut gerust je eigen ding van, zodat het past binnen je eigen stijl.

Laten we eerlijk zijn, het is op zich een wat vreemde vraag. Want we weten allemaal dat mirakels niet bestaan hé. Daarom zeg ik ook letterlijk aan cliënten dat ik eens een onnozele vraag ga stellen. Dat wekt al wat nieuwsgierigheid. Of beter gezegd, ik zeg het niet, maar ik vraag het. Ik vraag letterlijk de toestemming om die onnozele vraag te mogen stellen. Uit ervaring kan ik meegeven dat er – tot nu toe – nog geen enkele cliënt hierop negatief antwoordde.

Ik let er op dat ik een soort van meegaande constructieve context creëer, waarbij de cliënt instemmend antwoordt of knikt, dat hij aandachtig is. "Stel je voor dat je sebië naar huis gaat" (cliënt knikt), "en dat je gewoon doet zoals altijd" (cliënt knikt), "en dat je 's avonds naar bed gaat" (cliënt knikt)". Je zorgt hiermee dat de cliënt meegaat in het ietwat spannende verhaaltje (benieuwd naar de onnozele vraag die erop zal volgen). In de literatuur noemen ze deze suggestieve gesprekstechniek de 'yes-set' (Erickson, 1980). Door het stellen van specifieke vragen zitten cliënten in een soort van flow waarbij ze bijna automatisch "ja" zeggen.

Cliënten reageren allemaal anders op de wondervraag.

Als ze niet kunnen antwoorden of als ze het niet begrijpen, dan neem ik het op mij, dan heb ik een té moeilijke vraag gesteld.

Sommige vinden het grappig, waardoor je – los van het antwoord – tenminste eens hebt gelachen in de consultatie.

Anderen geven dan weer een antwoord in de zin van "ik heb Euromillions gewonnen".

Wat op het eerste zicht oppervlakkig lijkt, kan diepgaander toch betekenis bevatten. “Wat zou je doen met al dat geld?”, “Zou je het besteden aan materiële zaken of eerder aan beleving?”, “Zou je het houden of zou je het delen met iemand, zo ja, met wie?”.

Zo kom je vaak tot het existentiële. En het voordeel is ook dat je op die manier bezig bent met de toekomst en mogelijke oplossingen in plaats van met het verleden en het probleem. Het creëren van toekomstprojecties is een essentieel element binnen het oplossingsgericht denken.

Waar De Shazer aanvankelijk sprak over het moment waarop alle problemen waren opgelost en als sneeuw voor de zon waren verdwenen, leggen we de lat nu wat minder hoog en polsen we stevast naar hoe een ‘relatief oké dag’ er kan uitzien. Daardoor ontstaat er in de gedachten van de cliënt een scenario, een realistisch beeld van de gewenste situatie. Zo wordt het een haalbare selffulfilling prophecy. Hiermee creëren we positieve doelstellingen en kunnen we gericht werken.

Reflectiemomentje

Sta 's avonds – op het einde van de dag - eens bewust actief stil bij de zaken die WEL oké verlopen zijn.

De kunst is om het te zoeken in kleine, dagdagelijkse, evidente zaken. We hoeven het zeker niet groots te zien.

Die opdracht toont grote raakvlakken met 'de 3 vragen voor een tevreden leven' (Isebaert, L, Lefevere, G, 2022).

Waarbij er vroeger werd gesproken over een 'gelukkig leven', spreken we nu binnen het oplossingsgerichte liever van een 'tevreden leven'. Geluk is namelijk een groot begrip, terwijl tevredenheid of contentement meer toegankelijk klinkt. Geluk is een gevoel, dat we niet rechtstreeks kunnen beïnvloeden. Integendeel, hoe meer we ons best doen, hoe moeilijker het vaak wordt. Tevredenheid verwijst naar 'vrede nemen met' en dat klinkt meer doenbaar dan het streven naar het ultieme geluk.

Het doet me ook wat denken aan de mooie boodschap van Dirk De Wachter, waarop het telkens op hetzelfde neer komt in al zijn pleidooien, in alle media: "Streef niet onbegrensd naar geluk, tevreden zijn is ook al heel wat".

Wat heb ik vandaag gedaan waarover ik zelf tevreden kan zijn?

Wat heeft iemand anders gedaan waarover ik tevreden kan zijn? En hoe heb ik hierop gereageerd?

Wat heb ik vandaag nog meer opgemerkt waarover ik tevreden kan zijn?

Vroeger noemde ik die opdracht 'de 3 succesjes', om zeker niet over grote successen te spreken. Doch, voor sommige bleek de term 'succesjes' toch nog te veel gewicht te hebben, daarom ben ik er van af gestapt. "Succesjes? Die hebben wij niet". Ik noem het nu gewoon een reflectiemomentje met focus op zaken die wel (een beetje) oké waren. En ik vraag meestal of ze het zien zitten om gedurende een bepaalde periode (meestal tussen 2 consultaties) eens aandacht aan te schenken, om per dag minstens 1 te benoemen. Ook al doen ze de opdracht niet, het zet hen misschien toch wel ergens aan het nadenken.

Niet elke dag is mooi, maar er zit misschien wel iets moois in elke dag?

Ik pas dit zelf toe, sinds de start van de opleiding en ondervind hiervan een aangenaam effect. De clou van deze interventie is dat je er op den duur niet enkel 's avonds bij stil staat, maar ook doorheen de dag. Onlangs stopte ik aan het zebrapad om 2 kinderen over te laten steken. Die kindjes staken met veel enthousiasme hun duim omhoog. Wat me deed lachen. Iets om vanavond te benoemen in mijn reflectiemomentje, dacht ik.

Het is mijn gewoonte geworden, om naast de dingen die minder goed lopen, ook oog te hebben voor de zaken die WEL goed lopen. Het maakt deel uit van mijn systeem. Ook al was het misschien niet de beste dag vandaag, die lekkere spaghetti bolognese 's avonds heeft me wel gesmaakt. Het werkt blikverruimend en zorgt voor nuance. Een dag is niet gewoon goed of slecht. Er zijn zowel dingen die tegenvallen als dingen die meevallen.

Mijn partner had de gewoonte om bij thuiskomst te klagen over het werk. Die ene collega deed weer moeilijk, er is een dossier waar ik niet aan uit geraak, de printer of de pc blokkeerde weeral, etc. Voor je het weet geraak je helemaal meegezogen in die klaagzang, de hele avond lang. Tijdens het koken, tijdens het avondmaal, wanneer je 's avonds wenst te ontspannen in de zetel, etc. Uiteindelijk ga je met die mindset naar bed.

Het is dan niet verwonderlijk dat onze slaap niet kwalitatief is of dat we wakker liggen met negatieve gedachten. Let wel, iedereen heeft het recht om te zagen en te klagen, doch het liefst niet de hele avond. Reflecteren kan uiteraard eens deugd doen, tezelfdertijd mag het gerust beperkt worden (denk maar aan het zogenaamde 'piekerkwartiertje').

Op een bepaald moment begon ik systematisch te vragen aan mijn partner of er misschien ook dingen waren die wel goed gelopen waren, dingen waarvan hij tevreden was, zaken die een beetje deugddoend waren, etc. "Oh ja, deze middag was het mooi weer en hebben we ons broodje buiten opgegeten, aan de picknicktafels, dat was wel tof!". Indien ik er niet actief had naar gevraagd, ging hij dit misschien niet verteld hebben, omwille van de focus op het negatieve.

Het is uiteraard – zoals met alle technieken en interventies het geval is - geen mirakel of wonder, maar een klein elementje dat – samen met andere elementjes – kan bijdragen tot een groter gevoel van welzijn.

Waarderend lijstje

Bij deze oefening is het de bedoeling dat je enige tijd, bijvoorbeeld een week, elke dag iets noteert wat je apprecieert aan je partner. Niet over het verleden, maar over de voorbije dag. Het leukste is als men wat varieert, namelijk iets over het uiterlijk, iets over de persoonlijkheid, iets over het gedrag. Wees hierbij zo concreet en gedetailleerd mogelijk.

Bijvoorbeeld "je was vandaag een goede papa", concretiseer dan waarom, geef enkele voorbeelden. En noteer ook waarom je dit zo waardeert.

Hierbij een belangrijke aanvulling. De oefening werkt het best als het over 'doe-dingen' gaat. Dan kan je het in de toekomst ook bewust meer gaan doen. Daar hebben we vat op. Zo bekomen we een script van wat er wordt gewaardeerd. Indien het over 'zijn-dingen' gaat is dit meer 'tricky' omdat we daar minder grip op hebben. Integendeel, het kan eerder onzeker maken. Bijvoorbeeld wanneer we zeggen dat een kind 'slim' is, kan dat extra verwachtingen scheppen, waardoor we druk leggen op een kind. Het kan zelfs leiden tot faalangst. Kortom, directe gedragscomplimenten zijn effectiever dan persoonscomplimenten.

Op het einde van de week geef je het lijstje af aan de partner in kwestie, bij wijze van cadeautje. Een zeer goedkoop, doch waardevol en persoonlijk geschenkje.

Uiteraard is het steeds deugdendoend om leuke dingen over jezelf te lezen (de reacties zijn dus altijd in meer of mindere mate positief) maar de clou van de oefening is dat de cliënt er zelf ook in slaagt om eens een andere bril op te zetten, met name de waarderingsbril in plaats van de frustratiebril (dopje van de tandpasta, de vuilzakken, de rondslingerende sokken). Het triggert een andere manier van kijken naar de partner. Het zorgt voor nuance, een andere perceptie. Niemand is 100% goed of kwaad, jij niet en ook je partner niet.

Het meegeven van 'het waarderend lijstje' heeft al mooie resultaten opgeleverd en op tijd en stond krijgt mijn partner er ook zo eentje. Een heel mooie opdracht, gerelateerd aan de behoudsopdracht.

De doelversnipperaar

Dat helpt bij mezelf en ik geef het soms mee als voorbeeld bij cliënten. Ik gebruik deze metafoor bij cliënten die perfectionistisch ingesteld zijn, die de lat te hoog leggen en moeite hebben met het stellen van realistische, haalbare doelen.

Cliënten zijn soms op zoek naar reminders om hen er aan te herinneren dat ze de lat wat lager mogen leggen.

“Haal in gedachten de doelversnipperaar boven, het lijkt op een papierversnipperaar.

Jouw doel is zagezegd een A4-tje.

Steek jouw doel in de doelversnipperaar.

En begin met 1 snipper of 1 flard!”.

Hierdoor ga je het doel heel bewust kritisch bekijken, analyseren en tussendoelen of mini-doelen creëren.

Daardoor wordt het mogelijk om succesjes te boeken in plaats van tegen faalervaringen aan te lopen (wat wel gebeurt als de lat té hoog ligt).

“Ben je van plan om het hele huis te poetsen? Begin met de badkamer!”

“Ben je van plan om elke ochtend fruitsalade klaar te maken? Begin met het eten van een appel!”

“Ben je van plan om 10 KG te vermageren? Begin met 1 KG!”

“Ben je van plan om een marathon te lopen? Begin met start-to-run!”.

Het zijn maar enkele voorbeelden.



Ik verlies uiteraard niet uit het oog dat wanneer iets werkt voor mij, dat niet automatisch ook werkt voor iemand anders. In therapie zoeken we samen, de cliënt en mezelf als therapeut, naar een manier die wel werkt voor hen. De versnipperaar kan dus evengoed een ladder of iets anders zijn.

Conclusie

Na deze vierjarige opleiding kan ik concluderen dat ik 'gebeten ben door de oplossingsgerichte microbe' zoals voorspeld door Geert Lefevere. En laat ons zeggen dat die microbe nogal resistent is.

Het is niet omdat de opleiding binnenkort stopt, dat het oplossingsgerichte stilaan opnieuw zal verdwijnen uit mijn denken, uit mijn 'manier van zijn'. Het is namelijk een gewoonte geworden. Het zit in mijn systeem als een soort automatisme en het zal er voor altijd in blijven. Zoals we leerden uit de theorie van de gewoonte, we kunnen namelijk niet zomaar een gewoonte 'afleren'.

Ik probeer me echter wel te behoeden voor terugval in oude gewoontes en patronen.

Graag wil ik daarom het oplossingsgerichte wat levendig houden door onder andere – onder het mom van levenslang bijleren – jaarlijks een module te blijven volgen aan het Korzybski instituut. Door het onderhouden van ons intervisiegroepje, allen Korzybskiaans geschoold én vertrouwd met het OASE model. Door de podcasts van het Korzybski Huis te beluisteren, literatuur met een solution focused insteek te lezen, etc.

Oplossingsgericht zijn gaat verder dan diagnoses en problematieken, staat los van situaties en contexten. Het is een soort levensfilosofie. Eentje waar ik me zeer goed in thuis voel. En vermoedelijk straal ik dat ook uit naar cliënten toe. Zowel rechtstreeks als onrechtstreeks. In het tijdperk pre-Korzybski durfde ik me bijvoorbeeld al eens te wagen aan diepgaande probleemanalyses en asap oplossingen en adviezen te willen bedenken. Het zijn nu andere tijden.

Het komt in feite neer op het volgende. Door mijn focus te leggen op de mogelijkheden van cliënten, constateer ik enerzijds positieve feedback bij cliënten en anderzijds meer plezier in mijn job.

Niet vanuit een objectief onderzoek, wel vanuit een subjectief gevoel, kan ik bevestigen dat solution-focused therapie WEL werkt. En van de Shazer leerden we "find out what works and do more of that"...

Literatuurlijst

Bannink, F. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2, 87-94.

Berg, I.K., Szabo, P. (2013). *Oplossingsgericht coachen*. Uitgeverij Thema.

Bloom, P. (2018). *Against Empathy*. Random House UKVintage.

Bregman, R. (2019). *De meeste mensen deugen*. De correspondent.

Debusschere B. (2023, 9 maart). 'Wij hallucineren de hele tijd de wereld en ook ons bewustzijn bij elkaar. Ja, ook u, nu'. *De Morgen*.

De Bisscop, E. (2019). *Een relatieprobleem? Wat nu?* Uitgeverij Garant.

De Bisscop, E. (2018). *Een alcoholprobleem? Wat nu?* Uitgeverij Garant.

De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

De Shazer, S., Dolan, Y. (2013). *Oplossingsgerichte therapie in de praktijk. Wonderen die werken*. Uitgeverij Hogrefe

Dweck, C. (2018). *Mindset. Verander je manier van denken om je doelen te behalen*. Uitgeverij SWP.

Erickson, M. (1980). *Collected Papers*. Irvington, New York.

Isebaert, L., Lefevere, G (red.). *De therapeutische alliantie. Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie*. Academia Press.

Le Fevere de ten Hove, M. (2013). *Korte therapie. Handleiding bij het 'Brugse model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Antwerpen: Garant.

Koeman, P., Vranken, S. (2014). *Wat kan je van stokstaartjes leren?* Acco.

Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. D. Reidel Publishing Company.

Minuchin, S. (1973). *Gezinstherapie. Analyse van de gezinsstructuur en gezinsstructuurtherapie*. Utrecht: Het Spectrum.

Rober, P. (2002). Samen in therapie. Gezinstherapie als dialoog. Acco.

Rogers, C. (1951). Client Centered Therapy, its current practice, implications and theory. Houghton Mifflin.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Rossi, E.L. (1980). The Nature of Hypnosis and Suggestion by Milton Erickson (collected papers). New York: Irvington.