

Herman Prüst

Oplossingsgerichte vaktherapie

Korte Oplossingsgerichte Therapie als behandelkader in de jeugdzorg

In de jeugdzorg wordt steeds vaker Korte Oplossingsgerichte Therapie als behandelkader gebruikt en vaktherapeuten krijgen hier dus ook mee te maken. In deze toekomst- en doelgerichte methodiek krijgt de cliënt het voortouw en houdt de therapeut zich meer op de achtergrond. Een combinatie met psychomotorische therapie blijkt in de praktijk goed mogelijk vanwege overeenkomstige uitgangspunten en biedt daarnaast nieuwe interventiemogelijkheden.

In dit artikel ...

- ... leest u over Korte Oplossingsgerichte Therapie;
- ... meer over de inbedding van psychomotorische therapie in deze methodiek;
- ... vindt u ter illustratie een beschrijving van het behandelproces van Michael.

Inleiding

Korte Oplossingsgerichte Therapie (KOT) vormt sinds enkele jaren voor een aantal jeugdzorgorganisaties in Nederland een steeds belangrijkere leidraad voor behandeling (Radema, 2009). Onderzoek naar werkzame factoren in de jeugdzorg (Pijnenburg, 2010; Radema & Van Heerwaarden, 2009) bevat veel aanwijzingen voor de effectiviteit van KOT voor deze setting. De methodiek is bewezen effectief met diverse doelgroepen (Bannink, 2007; Neeleman, 2008; Stams et al., 2006; Visser, 2011).

Een jaar of zeven geleden werden binnen Entréa de eerste ervaringen opgedaan met KOT. Entréa is een instelling voor vrijwillige orthopedagogische jeugdzorg in Gelderland-Zuid. Bij Entréa worden kinderen, jongeren en gezinnen aangemeld met veelal complexe problematiek. Cliënten zijn vaak bekend met een psychiatrische diagnose als ADHD, ASS, ODD of hechtingstoornis. Entréa biedt jeugdhulp, onderwijs en onderzoek aan. De behandeling vindt zoveel mogelijk in samenwerking met de ouders plaats. Hulpvarianten zijn (semi) residentiële en ambulante behandeling, gezinsbegeleiding en -therapie, pleegzorg en trainingen.

Voor ondergetekende is KOT inmiddels een effectief kader waarbinnen de therapie wordt uitgevoerd. Veel specifieke elementen van de KOT-methodiek blijken uitstekend toepasbaar in combinatie met psychomotorische therapie. Gezien

de opkomst (en opbrengst) van de KOT acht de auteur het van belang hierover te schrijven. De aansluiting tussen KOT en psychomotorische therapie lijkt ook voor andere vaktherapieën te kunnen gelden.

Opzet artikel

In dit artikel wordt beschreven hoe KOT een effectief kader kan vormen voor psychomotorische therapie. Hiervoor wordt eerst de basis van KOT uitgelegd door in te gaan op uitgangspunten, attitude, interventies en de werkrelatie. Dan wordt ingegaan op de consequenties die dit heeft voor vaktherapie. De behandeling van Michael illustreert hoe de combinatie praktisch vorm krijgt in psychomotorische therapie.

Korte Oplossingsgerichte Therapie

Korte Oplossingsgerichte Therapie is de vertaling van Solution Focused Brief Therapy (SFBT). Deze methodiek is in de tachtiger jaren ontwikkeld aan het Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee door onder andere Steve de Shazer en Insoo Kim Berg.

Zij bouwden voort op het werk van onder andere Milton H. Erickson (Haley, 1986; Rosen, 1987) en op het werk van het Mental Research Institute in Palo Alto (Visser & Schlundt Bodien, 2008). Men werkte vooral inductief: onderzoekend wat werkt in therapie en dat gericht gebruikend (Berg & De Jong, 2004; De Shazer, 1994). Het team van het BFTC ontwikkelde een sociaal constructivistische visie (Berg & De Jong, 2004; Nelson & Thomas, 2007; Voncken, 2006; Watzlawick et al., 1974): een mens creëert in interactie met anderen de werkelijkheid in hoe hij die zelf ziet, ervaart en er naar handelt. Dit geldt dus voor zowel cliënt als therapeut.

De cliënt construeert oplossingen voor zijn problemen met name in de samenwerking met de therapeut (Berg & De Jong, 2004; Watzlawick et al., 1974; De Shazer, 1994). Die oplossingen bouwen voort op wat de cliënt zelf kan, al gedaan of geprobeerd heeft (de successen uit het verleden) en op grond van eigen wensen of verlangens voor de toekomst. Typerende uitspraken voor KOT zijn: "Doe (meer van) wat werkt", "Veranderingen zijn er altijd" en "Wat goed gaat, behoeft geen bemoeienis."

Attitude

De therapeut sluit aan bij de taal, visie en competenties van de cliënt. Dit motiveert de cliënt en hij krijgt zelf zicht op oplossingen. De hoop en verwachting dat de oplossingen kunnen werken worden sterk vergroot.

De attitude van de oplossingsgerichte therapeut is er een van 'not knowing'. Dat wil zeggen: de cliënt is expert wat betreft mogelijke oplossingen en competenties en niet de therapeut. Deze laatste helpt de cliënt door middel van gerichte vragen vooral te ontdekken welke kant hij uit wil en kan en helpt vervolgens de gewenste stappen daadwerkelijk te zetten.

Dat betekent dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor de probleemsituatie en de oplossingen.

Een uitgangspunt is ook het uitgaan van positieve vooronderstellingen over de cliënten of het gezin/systeem. Bijvoorbeeld dat alle ouders goede ouders willen kunnen zijn en hun kind een goede toekomst wensen. En dat alle kinderen willen dat hun ouders trots op hen zijn en dat ze nieuwsgierig en leergerig willen kunnen zijn. Negatief gedrag is dus een kwestie van onmacht of onkunde en niet van onwil.

Verder heeft de hulpverlener een houding van grote interesse en ontvankelijkheid. Hij is in alles benieuwd naar wat en hoe de cliënt denkt. Dit aspect is niet een typisch oplossingsgerichte houding. De oplossingsgerichte methodiek gaat hier echter verder in dan vrijwel ieder andere methodiek (De Shazer, 1994).

Volgen en sturen

De KOT laat de hulpverlener luisteren met een constructief oor. Dat wil zeggen dat de hulpverlener aandacht besteedt aan signalen van oplossingen en niet aan het analyseren van problemen. De oplossingsgerichte werkende hulpverlener stelt daarbij allerlei soorten open vragen. Wellicht wekt dit de indruk dat deze vooral de cliënt volgt en niet stuurt. Feitelijk is de oplossingsgerichte werkwijze zowel een volgende als een (subtiel) directieve methodiek. De term 'leading-from-one-step-behind' is precies geformuleerd. Door gerichte vragen wordt het denken en handelen van de cliënt gestuurd in de door hemzelf gewenste richting. De therapeut laat de cliënt zichzelf helpen.

Casus Michael

De ouders van Michael komen met hun zoon op gesprek wegens forse problemen thuis en op school. Ze vertellen hun zorgen en wat er niet goed gaat, terwijl Michael steeds meer onderuit zakt met een nors gezicht. Ik zeg tegen de ouders bijvoorbeeld: "Ik snap goed dat u boos bent dat uw zoon spijbelt en slechte cijfers haalt. U wenst uw kind tenslotte een goede toekomst. Klopt dat?" "Ja, natuurlijk", zeggen de ouders (met stemverheffing). Ik erken hun gevoelens en zet ze in een positieve, toekomstgerichte context. Ik spreek op deze wijze met de ouders tot hun boosheid en teleurstelling afnemen en zij rustiger worden. Ik zeg dan tegen Michael: "Wat vind je er nou van dat jouw ouders jou een goede toekomst wensen?" Hij zegt iets als: "Dat vind ik wel goed." Omdat er tevens een schouderophalen te zien is, ga ik hiermee door tot Michael duidelijk kan laten blijken dat hij de bedoelingen en wensen van zijn ouders toch echt wel prettig vindt. Hij zegt dan iets als: "Ze hebben ook wel een beetje gelijk." Als ik ouders en Michael hun positieve bedoelingen en toekomstverwachtingen heb laten verwoorden, is het ijs gebroken. Dan praten we verder over hoe ze het thuis en op school liever willen hebben, in plaats van over hoe het

fout gaat. Ze blijken het veelal eens over hun doelen: een betere sfeer thuis, elkaar geen verdriet willen doen, af en toe iets leuks samen doen. Michael wil best soms vertellen wat er gebeurd is op school en dan vooral wat er goed gaat. Op dit punt neem ik tijd om hem te laten vertellen wat er goed gaat op school en ik vraag de ouders wat ze daarvan herkennen. Dit verbetert de hoop en verwachtingen van zowel ouders als Michael verder en daarmee de sfeer van het gesprek. Hij vertelt dat hij best meer wil gaan doen voor school. Hij wil dan wel wat hulp. Ouders en Michael kunnen nu samen plannen gaan maken hoe ze concreet gaan werken aan verbeteringen in hun relatie.

Kritisch en open

Zo nu en dan wordt gedacht dat de oplossingsgerichte hulpverlener alles van de cliënt klakkeloos accepteert. Dat is zeker niet zo. Gedrag of een doel dat niet leidt tot oplossingen of dat anderen leed berokkent (blijkens de woorden van de cliënt zelf, een betrokken instantie als reclassering of volgens de inschatting van de therapeut) wordt weldoordacht bevraagd (Turnell & Edwards, 1999). Net zolang tot de cliënt tot wenselijke oplossingen komt die zowel hemzelf helpen als anderen. Vragen die in dit verband gesteld zouden kunnen worden zijn: "Hoe is dit nuttig voor u of uw kinderen?", "Op welke manier helpt je dit (gedrag)?", "Wat vindt de rechtbank in deze kwestie?" De cliënt moet zich daarbij werkelijk gerespecteerd voelen om te antwoorden zoals hij het beleeft of zou willen. Dan kan er verder worden gesproken over oplossingen die ook voor anderen zullen werken.

Interventies

Van de mogelijke interventies die de oplossingsgerichte hulpverlener ter beschikking staan, is een aantal algemeen kenmerkend voor een hulpverlenersrelatie. Bijvoorbeeld: de

beleving van de cliënt volledig accepteren; actief luisteren (als cluster van interventies); circulair vragen (alle deelnemers betrekken op elkaar); zorgen dat de cliënt zich erkend voelt; positief herbenoemen (relabelen); psycho-educatie geven; opdrachten suggereren voor thuis/school; een juiste timing toepassen en passend non-verbaal gedrag vertonen.

Typische interventies

Naast deze meer algemeen toegepaste interventies kent de KOT een aantal typerende interventies. Het Korzybski instituut heeft deze in een schema ondergebracht, dat ze 'De 7-stappendans' noemt (Cauffman, 2001; Le Fevere de ten Hove, 2000). Zie afbeelding 1.

Het 7-stappendansmodel duidt aan welke typen vragen aan bod komen. Er is geen bepaalde volgorde waarin men vragen stelt. Wanneer en hoe dat precies gebeurt, hangt af van de relatie met de cliënt en de timing. Typisch oplossingsgerichte interventies zijn onder andere: uitvragen van sterke kanten ('resources') van de cliënt, uitzonderingsvragen, schaalvragen, de wondervraag, toekomstgerichte vragen, continueringsvragen, de-eerstesessie-vraag, de nuttigheidsvraag, de pre-sessievraag, voorspellingstaken, de copingvraag ("Hoe houd je het vol?"), hypothetische vragen ("Stel dat je..."), relatievragen, een korte pauze aan het eind van de sessie.

Weerstand

Eveneens een oplossingsgerichte interventie is het herbenoemen van het begrip 'weerstand' tot een vorm van samenwerking (De Shazer, 1984): "De cliënt probeert me iets te vertellen en ik heb het nog niet begrepen. Ik zal meer (moeten) vragen en beter luisteren. Het is niet de vraag óf er verandering zal zijn, maar wannéér."



Afbeelding 1: De 7-stappendans.

Toelichting op casus Michael

In het voorbeeld met Michael en zijn ouders wordt gebruik gemaakt van onder andere de volgende interventies: oprecht geïnteresseerd zijn, actief luisteren, erkennen van gevoelens en visie, positieve vooronderstellingen formuleren, circulair vragen, positief herbenoemen, toekomstgerichte vragen, doelgerichte vragen en resourcegerichte vragen. De oplossingsgerichte hulpverlener doet niet alleen directe interventies, maar tevens indirecte. Vragen of opmerkingen hebben meestal ook impliciete effecten. De kracht daarvan is vaak groot. Bijvoorbeeld: in het spreken over wat er goed gaat en wanneer er zich geen of in mindere mate een probleem voordoet (uitzonderingen), worden de hoop en de verwachting gevoed dat het beter kan gaan. En daarmee ook het zelfvertrouwen en de motivatie. Door te vragen naar hoe het dit gezin lukt (als indirect compliment) om het soms beter te laten gaan, wordt het vertrouwen gevoed dat het nog beter kan gaan in de (nabije) toekomst. In het navragen wat er nog meer anders is, komen vaak nieuwe successen, competenties of effecten naar voren, die men zelf nog niet beseftte. In de schijnbaar kleinste details kunnen krachten of successen verborgen liggen. Het is dus zaak om langzaam te gaan, veel aandacht aan de juiste details te besteden, waardoor de cliënt nieuwe of tot dan toe onbewuste mogelijkheden ontdekt en (nog) meer nadenkt, gemotiveerd raakt en stappen zet. Hoe preciezer de therapeut aansluit en volgt, des te sneller gaat de cliënt op een bepaald moment.

Het mandaat en de werkrelatie

Het mandaat bepaalt de rollen en de mogelijkheden in een samenwerking. Een mandaat kan verkregen zijn door de situatie, verworven door wat men doet of een combinatie van beide. Voor samenwerkingsrelaties zijn diverse soorten mandaten vast te stellen (Cauffman, 2001; Bannink, 2006; Berg & De Jong, 2004; Le Fevere de ten Hove, 2000). In een hulpverlenersmandaat worden probleem, oplossing en handelwijze samen met de cliënt vastgesteld. Hoe ziet de oplossingsgerichte methodiek deze kwestie?

Probleem of beperking

Allereerst moet worden vastgesteld of er sprake is van een probleem of een beperking. Is er een oplossing denkbaar, dan is er sprake van een probleem(situatie). Zo niet, dan is er sprake van een beperking. In dit laatste geval wil de cliënt mogelijk geholpen worden te aanvaarden dat bepaalde zaken onveranderbaar zijn (rouwen). Pas daarna kan er gezocht worden naar oplossingen voor wat wel te verbeteren is.

Vier mogelijke werkrelaties

Vervolgens wordt aan de hand van wat de cliënt naar voren brengt, onderscheiden in welk type relatie de therapeut zit met de cliënt (Cauffman, 2001; Bannink, 2006; Berg &

De Jong, 2004; Le Fevere de ten Hove, 2000). Heeft de cliënt geen probleem of vraag, wat vaak het geval is bij een gestuurde cliënt, dan ziet hij geen nut in een gesprek met de hulpverlener. Dit noemt men de voorbijgangersrelatie of bezoekerstypische relatie. Heeft de cliënt een vage vraag, klachten of een probleem dat inhoudt dat iemand anders moet veranderen (bijvoorbeeld het kind), dan spreekt men van een zoekersrelatie of klaagtypische relatie. Heeft de cliënt een duidelijke vraag en ook het idee dat hij invloed heeft op het probleem, dan is hij vaak gemotiveerd voor hulp. Men spreekt dan van een kopersrelatie of klanttypische relatie. Heeft de cliënt bovendien zelf al oplossingen bedacht die al helpen de situatie te verbeteren, dan spreekt men van een co-expertrelatie. De oplossingsgerichte hulpverlener ziet dus vier mogelijke werkrelaties. Elke van deze relaties tussen cliënt en hulpverlener maakt andere gesprekken mogelijk en maakt andere interventies van de hulpverlener nuttig (Prüst, 2010). De relatie staat in de praktijk niet vast en kan gedurende één gesprek of in de loop van een behandeling veranderen, zelfs meerdere keren. Het is dus zaak hier helder op te blijven letten.

Toelichting op casus Michael

In het voorbeeld van Michael en zijn ouders heeft de therapeut aanvankelijk een zoekersrelatie met de ouders en een voorbijgangersrelatie met Michael. Zoals in het voorbeeld hierboven te lezen is, wordt bij de ouders daarom gebruik gemaakt van onder andere luisteren naar en erkennen van de gevoelens en van relabeling naar positieve intenties. Michael wordt in eerste instantie met rust gelaten, want hij heeft nog geen probleem (dat hij wil inbrengen). Door dit zo te doen wordt hij non-verbaal erkend voor zijn positie en visie. Bijgevolg kan hij vertrouwen krijgen dat de therapeut niet hetzelfde van hem wil als zijn ouders, dat hij geaccepteerd wordt in wat hij doet, vindt of voelt. Hij wordt pas uitgenodigd zijn doel/wens te verwoorden, nadat hij zelf voldoende overtuigd lijkt van de goede bedoelingen en wensen van zijn ouders en van de therapeut. Daarna kan hij wel een toekomstwens en doelen formuleren en blijkt hij bereid zich ervoor in te zetten. Er is dan inmiddels met alle drie een kopersrelatie ontstaan.

KOT en vaktherapie

Voorheen hadden we vaak al een positief kader in de psychomotorische therapie, binnen een steunend en structurend, ervarings- en oefengericht aanbod (NVPMT, 1995). We lieten de cliënt in de zaal nieuwe, positieve ervaringen opdoen door bewust gekozen arrangementen. Dit aspect is door het KOT-kader veel verder uitgewerkt, via een attitude die ons – in zekere zin – meer de cliënt laat volgen dan de cliënt ons. We bouwen problemen om tot wensen en tot vaardigheden om doelen te halen. Er wordt meer een 'groei-mindset' gecreëerd. We laten steeds weer nieuwe (positieve) betekenissen

verlenen aan (negatieve) ervaringen of aan concreet gedrag tijdens activiteiten. We laten vaardigheden aanleren waar de cliënt expliciet over wil beschikken. Negatieve interpretaties, die veelvuldig optreden, worden waar mogelijk onderzocht op en herbenoemd tot uitzonderingen, competenties en stapjes voorwaarts.

Dat alles wordt gedaan door frequent KOT-interventies te doen tijdens de psychomotorische therapie. Als de cliënt vertelt dat hij geen geduld heeft en altijd snel boos wordt, kan de therapeut vragen: "Wordt je écht altijd snel boos of gebeurt het wel eens dat het anders gaat?" Een cliënt zegt zelden dat het altijd zo gaat. De therapeut kan dan bijvoorbeeld vragen: "Oké, mooi. En wat doe je dan als het anders gaat?"

Bij het stellen van vragen kan bijvoorbeeld ook gekozen worden voor het stapsgewijs wijzigen van de toekomstige tijd (o.t.t.t. of o.v.t.t.) in de tegenwoordige tijd (o.t.t.), waardoor je zekere progressie suggereert in plaats van hypothetische. Dus "Hoe lukt jou dat dan?" in plaats van "Hoe zou jou dat kunnen lukken?"

Non-verbale interventies kunnen mimisch of via gebaren worden gedaan, als ook via arrangementskeuze, via positionering in de zaal, door te winnen of juist te verliezen, door nabijheid of afstand, enzovoort. Voor voorbeelden zie de casus hieronder.

Indien de cliënt dit aangeeft, wordt er stil gestaan bij moeilijkheden of pijnlijke ervaringen, maar slechts zo lang als nodig is. Voor jongeren is dat meestal niet lang. Zodra de gelegenheid zich aandient en de cliënt geeft het aan, wordt (weer) toekomstgericht gewerkt.

Timing

Psychomotorische therapie is in onze opzet niet meer het startpunt van een behandeling, maar een logisch vervolg op en een combinatie met de oplossingsgerichte start. Vaktherapie aanbieden heeft ons inziens tot doel de cliënt verder te laten groeien in wat hij al kan en probeert te verwezenlijken. Echter, te vroeg inzetten van, in ons geval, psychomotorische therapie haalt de cliënt 'uit zijn kracht'. Dan loopt de therapeut vooruit op de cliënt in plaats van dat de cliënt het vertrouwen krijgt en het voortouw kan houden. Een ongevraagd advies of aanbod houdt de onuitgesproken boodschap in, dat de therapeut het beter weet dan de cliënt, hetgeen de cliënt 'ontkracht'. Wat de cliënt zelf aan eigen oplossingen voor zijn probleem naar voren brengt, zal waarschijnlijk beter beklijven dan wat een ander aandraagt.

Kopersrelatie

De cliënt heeft in de startfase op enig moment een duidelijke hulpvraag gesteld en een doel geformuleerd. Hij kent minstens deels de eigen mogelijkheden om dat doel te bereiken. Dit betekent dat er een kopersrelatie is ontstaan. Is de cliënt op dat moment gemotiveerd om nog een en ander bij te leren van de

therapeut om zijn situatie (verder) te verbeteren, dan is dit ons inziens het beste moment om psychomotorische therapie in te zetten. In de praktijk verloopt niet elke therapie precies op deze manier; wel streven we maximaal naar deze opzet.

Werkdoelen formuleren

In bovenstaand beschreven start van de therapie van Michael is nog geen vaktherapeutische interventie te pas gekomen. Alle handelen is tot nu toe gericht op het verkrijgen van een goede alliantie, zicht op de hulpvraag, op hoop en vertrouwen van de cliënt in een betere toekomst, op de aanwezige competenties van de cliënt en op een helder, gewenst en passend doel. Dit alles zodanig, dat de cliënt maximaal eigen keuzes heeft gemaakt en gemotiveerd is voor de behandeling. Hoe nu verder? Wanneer en hoe wordt psychomotorische therapie ingezet?

Casus Michael

Samen met Michael en zijn ouders is er overeenstemming verkregen over het gezamenlijke doel: het verbeteren van de sfeer in de thuissituatie. De volgende stap is om dit doel verder te concretiseren. Dit kan via een relatievraag: "Stel ik neem je op met een camera. Hoe zie ik aan jou, of hoe merkt je vader of moeder, dat jij je boosheid eerder kan stoppen?" "Dan kan ik rustig blijven en raak ik niet gefrustreerd." "Oké, mooi, en wat zien ze jou dan doen?" "Dan kan ik op een rustige manier zeggen wat ik ervan vind." "En nog meer?" "Dan zet ik door en geef ik niet op."

Behulpzaam bij het formuleren van doelen kan de PRIMA-methode zijn van Weerdmeester (2006): Positief, Realistisch, in de Ik-vorm, Meetbaar en Acceptabel. Michael's doel voor de therapie is volgens hem: "Ik kan mijn boosheid eerder stoppen." Met andere toekomstgerichte vragen wordt dit doel geconcretiseerd naar werkdoelen voor de psychomotorische therapie. Michael is daarbij de expert en soms zijn de ouders de experts.

De werkdoelen die op basis daarvan worden opgesteld, luiden:

- Ik voel mijn boosheid opkomen en kan dit aangeven op een schaal van 0-10;
- Als ik boos word, zet ik door om toch rustig te kunnen blijven;
- Ik zeg op een rustige manier wat ik ervan vind;
- Ik vraag om hulp als het me alleen niet lukt.

Michael heeft nu zijn eigen te leren (coping)vaardigheden bedacht, waar hij in de psychomotorische therapie aan wil werken. We vragen hem verder hoever hij is op een schaal van 0 tot 10, als de 10 betekent dat zijn doel helemaal behaald is. Dat blijkt een 4 te zijn met betrekking tot boosheid voelen opkomen. We pluizen die 4 uit in concreet gedrag en

gevoelens. Dan vragen we naar welk cijfer hij wil halen: “een 8”, zegt hij, hetgeen we weer uitvragen in concreet gedrag. Hij weet nu wat hij al kan, hoever hij is en hoever hij wil komen. Nu gaan we aan de slag in de psychomotorische therapiezaal.

In de zaal

Sommige jongeren kunnen bij het begin van een sessie vertellen (nuttigheidsvraag) wat er moet gebeuren opdat zij aan het eind met een tevreden gevoel de deur uit gaan. Ze hebben de mogelijkheid om datgene te bedenken wat bij hen aansluit. Andere jongeren zal de therapeut keuzes aanbieden op zodanige wijze dat de inbreng van de cliënt maximaal is.

Casus Michael

Michael vertelt dat een vriendin heel lullig heeft gedaan en dat hij daar erg boos over is. Hij wil hier graag iets mee doen. Op ons voorstel tot gecontroleerd boksen zegt Michael dat het hem wel wat lijkt om bewust bij zijn boosheid te kunnen blijven. Hij zegt die wel te kennen, maar nog niet te voelen. We werken gefaseerd door het boksen op te bouwen en hem bij elke stap contact te laten maken met zijn lichaamssignalen. Ik bevestig zijn acties en woorden regelmatig met mijn mimiek of met gebaren. Michael voelt de verschillen tussen het boksen met kracht van 10% opgevoerd in stappen tot 100%. Steun en stimulans krijgt Michael via – veelal non-verbale – complimenten. Hij benoemt bij elke stap wat hij voelt, van het aanspannen van zijn armspieren tot het spannen van zijn kaken als hij gefrustreerd raakt.

Bij allerlei lichamelijke c.q. emotionele ervaringen of bewegingsvaardigheden kan een schaalvraag worden gesteld. Vaak kan een (kleine) progressie meteen worden ervaren tijdens activiteiten in de zaal en meer bewust worden gemaakt met vragen als “Hoe of wat doe je nu anders?” en “Is dit beter/handiger/fijner?”. Elke progressie bevat competenties die bewust gemaakt kunnen worden en desgewenst meer/verder kunnen worden geoefend.

Casus Michael

Michael vertelt, na de vierde serie gecontroleerd boksen, dat hij nu alles bewust heeft gevoeld en geen moment meer is ‘kwijtgeraakt’. Hij heeft bovendien zelf aangegeven dat hij wilde stoppen toen hij bij de 20% was. Door (opgewekt) te vragen hoe hem dat gelukt is, ontdekt hij dat zelf kunnen stoppen en ‘bij zijn boosheid blijven’ met elkaar te maken hebben.

Later stelt de therapeut een schaalvraag: “Mooi, je staat al bij de vijfde pylon wat betreft het kunnen aanvoelen dat je boos wordt. Wat kan je nu al, dat het een 5 is?” Wij zien Michael nadenken over de vaardigheden waar hij al over

beschikt. “En wat zal er anders gaan als je de stap naar de zesde hebt gezet?” “Als ik bij de zesde sta, dan merk ik wanneer ik gefrustreerd raak.” “Oké, heel goed. Wat zul je dan doen als je dat merkt?” “Dan zal ik zeggen wat ik ervan vind.” “Oké, wil je dat oefenen?” “Ja.”

Transfer

Door het positieve, toekomstgerichte kader en de successen ontstaat er vertrouwen om vaardigheden ook buiten de therapie in te zetten. Eén van de KOT-hulpmiddelen om dat laatste te stimuleren, is het geven van observatie-opdrachten. De cliënt gaat dan in de gaten krijgen wat de eigen (positieve) invloed is op anderen en wat de mogelijkheid is tot verandering. Een voorspellingstaak laat de cliënt positief vooruitkijken en (onbewust) nieuw gedrag vertonen. Een doe-opdracht laat de cliënt nuttig of nieuw gedrag oefenen en invloed uitoefenen.

Casus Michael

We vragen Michael na afloop van de sessie of hij de komende week op wil letten of hij een keer ‘erbij kan blijven’ als hij boos wordt en wat hij dan anders doet. De daarop volgende sessie vertelt hij dat hij boos was geworden op een vriend, gezegd had wat hij ervan vond en daardoor zijn boosheid de baas had kunnen blijven. Hij was verrast en blij dat hem dit gelukt was.

Tot slot

De Korte Oplossingsgerichte Therapie (KOT) biedt ons en kinderen, jongeren en gezinnen een uitstekend kader voor een psychomotorische behandeling. De cliënten zijn vaak meer gemotiveerd. Soms maken cliënten zeer snelle progressie. De KOT lijkt sneller te werken dan andere behandelmethoden (Bannink, 2007; Stams et al., 2006; Visser, 2011). Het KOT-kader werkt voor ons als therapeuten naast zeer verhelderend ook erg prettig; het werk voelt aan als minder zwaar (Neeleman, 2008). Het zet de cliënten in de eigen kracht (interne locus of control) en laat hen werken aan een gewenste toekomst in plaats van aan het verkleinen van problemen. De verantwoordelijkheid voor het bereiken van doelen blijft bij de cliënten liggen. Het is voor kinderen/jongeren makkelijker en prettiger om – na het benoemen van het probleem – te praten over wat goed gaat dan over wat er niet goed gaat (Crone, 2010; Delfos, 2005). Van daaruit toekomstgericht kijken hoe zaken verder kunnen verbeteren, motiveert hen verder. De gewenste toekomst en de vooruitgang worden voortdurend geëvalueerd (Miller & Duncan, 2005), waardoor behandelrelatie, -focus en -duur steeds in het zicht blijven. Dat tezamen met het praktisch ervaren en oefenen in de psychomotorische therapie van wat (beter) werkt in denken, voelen en handelen, maakt dat de behandeling niet langer duurt dan wenselijk of nodig is.

Literatuur

- Bannink, F. (2006). *Oplossingsgerichte vragen, handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F. (2007). Oplossingsgerichte therapie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 10, 836-848.
- Berg, I.K. & Jong, P. de (2004). *De kracht van oplossingen, handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amsterdam: Pearson.
- Cauffman, L. (2001). *Oplossingsgericht management & coaching, simpel werkt het best*. Amsterdam: Boom.
- Crone, E. (2010). *Het puberende brein*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Delfos, M. (2005). *Ik heb ook wat te vertellen! Communiceren met pubers en adolescenten*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Fèvere de ten Hove, M. le. (2000). *Korte therapie, handleiding bij het Brugse model voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Haley, J. (1986). *Uncommon Therapy, The psychiatric Techniques of Milton H. Erickson MD*. New York/London: Norton & Company.
- Miller, S.D. & Duncan, B. (2005). *ORS en SRS*. Beschikbaar op <http://www.scottdmiller.com>.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (1995). *Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut*. Amersfoort: NVPMT.
- Neeleman, M. (2008). Oplossingsgerichte interventie vergroot professionaliteit. *Jeugd&Co*, 2, 28-42.
- Nelson, T.S. & Thomas, F.N. (Red.) (2007). *The Handbook of Solution-Focused Brief Therapy, Clinical Applications*. New York: The Haworth Press
- Pijnenburg, H. (Red.) (2010). *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Amsterdam: SWP.
- Prüst, H. (2010). Hulpverleningsrelaties en interventies. Beschikbaar op <http://www.re-sourcetenc.nl>.
- Radema, D. (2009). *Oplossingsgerichte benadering in de jeugdzorg. Een veldverkenning*. Lectoraat Professionalisering van Agogische Beroepen en Vaktherapeuten. Arnhem: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Lectoraat Professionalisering van Agogische Beroepen en Vaktherapeuten.
- Radema, D. & Heerwaarden, Y. van (2009). *Oplossingsgericht werken. Wat werkt? Literatuurverkenning*. Arnhem: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Lectoraat Professionalisering van Agogische Beroepen en Vaktherapeuten.
- Rosen, S. (1987). *Milton H. Erickson. Mijn stem gaat met je mee...*. Amsterdam: Karnak.
- Shazer, S. de (1984). Death of resistance. *Family Process*, 23, 11-17.
- Shazer, S. de (1994). *Words were originally magic*. New York/London: Norton & Company.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K. & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedrags therapie*, 39, 81-94.
- Turnell, A. & Edwards, S. (1999). *Signs of safety. A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- Visser, C. (2011). Solution-Focused Brief Therapy Outcome Research. Blog "Doing what works in solution focused change". Beschikbaar op <http://solutionfocusedchange.blogspot.com/2011/08/solution-focused-brief-therapy-outcome.html>.
- Visser, C. & Schlundt Bodien, G. (2008). *Oplossingsgericht aan de slag. Grondhouding en techniek*. IJsselstein: Cristallise Books.
- Voncken, T. (2006). *De effectiviteit van Solution Focused Brief Therapy bij de Gezinsdagbehandeling van het RMPI*. Onderzoekscriptie. Beschikbaar op: <http://www.gezinspsychiatrie-rmpi.nl/scriptieonderzoek2006.pdf>.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *"Het kan anders", over het onderkennen en oplossen van menselijke problemen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Weerdmeester, J. (2006). *Cursusmap training Oplossingsgericht werken*.

Over de auteur

Herman Prüst is psychomotorisch therapeut sinds 17 jaar. Sinds 2002 werkt hij binnen de orthopedagogische jeugdzorg. Daarnaast is hij trainer en coach met specialisatie in

oplossingsgericht werken en hij begeleidt onder andere interventie. Sinds ruim zes jaar combineert hij psychomotorische therapie met de oplossingsgerichte methodiek.

E: h.prust@entrea.nl.

Dankwoord

De auteur spreekt zijn dank uit aan Maikel Staring voor diens bijdragen aan het artikel inzake het oplossingsgerichte therapeutische handelen in de psychomotorische therapie. Maikel Staring is stagiair psychomotorische therapie.

Samenvatting

In dit artikel wordt in kort bestek uitgelegd wat de methodiek van Korte Oplossingsgerichte Therapie (KOT) inhoudt. De nadruk ligt op uitleg over KOT en de combinatie ervan met psychomotorische therapie als vaktherapeutische behandelvorm. Er wordt betoogd hoe de KOT een effectief en respectvol kader biedt waarbinnen de psychomotorische therapie effectief kan worden uitgevoerd. De cliënt komt maximaal in de eigen kracht voordat psychomotorische therapie wordt aangeboden, zodat de totale behandeling niet langer duurt dan nodig, met onder andere meer cliënttevredenheid. ■