



één

Oplossings-

gerichte

gespreksvoering

De ware ontdekkingsreiziger ziet geen nieuwe landschappen, maar ziet met nieuwe ogen.

Marcel Proust, Franse auteur

Je hebt honger en besluit in een restaurant te eten. Nadat je een tijdje hebt gewacht, kun je gaan zitten. De ober begint je vragen te stellen over je honger: hoe erg is het, waarom heb je honger, hoe lang heb je het al, had je vroeger ook weleens honger, welke rol speelde honger in je ouderlijk gezin, welke nadelen en misschien voordelen heeft honger voor je?

Als je daarna, nog hongeriger geworden, vraagt eindelijk te kunnen eten, wil de ober dat je eerst vragenlijsten invult over honger (en wellicht over andere zaken die hij belangrijk vindt). Als dat allemaal is gebeurd, krijg je een menu voorgeschoteld dat je niet zelf gekozen hebt, maar waarvan de ober zegt dat het goed voor je is en eerder hongerige mensen heeft geholpen.

Hoe groot schat je de kans dat je tevreden uit dit restaurant vertrekt?

Bouwen aan oplossingen

In de traditionele (g)gz, in onderwijs en in organisaties wordt het analytische *medische model* gebruikt, ook wel het *oorzaak-gevolgmodel* genoemd. Eerst wordt onderzocht wat er precies aan de hand is, om vervolgens een 'diagnose' te kunnen stellen (wat is er mis?), waarna reparatie kan plaatsvinden. Het model is nuttig als het gaat om relatief eenvoudige problemen, die kunnen worden teruggebracht tot eenvoudige en eenduidige oorzaken, zoals bij een aantal medische of mechanische problemen. Het medische model bestaat uit:

Onderzoek → diagnose → voorgeschreven behandeling = symptoomreductie

Als het om gespreksvoering gaat, heeft dit model echter een nadeel, namelijk dat het sterk probleemgericht is. Als het probleem en mogelijke oorzaken worden uitgediept, kan er een vicieuze cirkel ontstaan met steeds groter wordende problemen. De sfeer raakt beladen met problemen, waardoor het gevaar dreigt dat de oplossing steeds verder uit het zicht raakt en de hoop op verbetering afneemt. Uitdiepen van het probleem leidt niet zelden tot voortijdige beëindiging van de gesprekken, omdat er niets verandert en de cliënt de hoop op verbetering verliest. Andere nadelen zijn:

- In complexe, interactieve situaties zijn oorzaken vaak niet op te sporen.
- Het gevaar bestaat dat we ons al snel vastleggen op een bepaalde oorzaak, omdat die makkelijk aan te wijzen is, terwijl we de rest van de situatie en mogelijke andere oorzaken negeren.
- We kunnen soms wel de oorzaak ontdekken, maar niet verwijderen.
- Meestal is het niet zo dat als de oorzaak verdwenen is, ook het probleem is opgelost en alles weer normaal is.

Het oplossingsgerichte model brengt hierin verandering. Cliënten en professionals krijgen weer hoop, omdat cliënten uitgenodigd worden de gewenste toekomst en oplossingen voor het bereiken van hun doel te ontwerpen. Meer over het belang van hoop, de *hooptheorie* en hoe het bieden van hoop tot succes kan leiden, vind je in hoofdstuk drie en zes. Tabel één verderop in dit hoofdstuk geeft een overzicht van verschillen tussen het probleemgerichte en oplossingsgerichte model.

Onderzoek heeft aangetoond dat oplossingsgericht werken in het kader van psychotherapie minder tijd vergt dan probleemgericht werken (Franklin et al., 2012) – en daarmee meer kosteneffectief is, dat de autonomie van cliënten goed is gewaarborgd (Stams et al., 2006) en dat er minder burn-out bij behandelaren is (Medina & Beyebach, 2014).

Grant en O'Connor (2010) onderzochten de verschillen tussen probleemgerichte en oplossingsgerichte vragen in het kader van coaching. Probleemgerichte vragen zorgden weliswaar voor afname van negatieve emoties, maar niet voor toename van positieve emoties, terwijl oplossingsgerichte vragen voor beide zorgden. Bijzonder was verder dat oplossingsgerichte vragen meer inzicht in de problematiek gaven dan probleemgerichte vragen.

Huisarts: 'Het consult is echt veel lichter en leuker. Het is minder zwaar allemaal. En daar kun je heel vrolijk van worden. Patiënten komen vaak ook verder. Het is dikwijls effectief.'

De rol van oplossingsgerichte professionals is ook anders: zij zijn niet de experts die diagnoses stellen en adviezen geven, maar beschouwen hun cliënten als experts op het gebied van hun eigen leven. Omdat de gewenste uitkomst niets te maken hoeft te hebben met het probleem/de klacht, kan oplossingsgericht werken worden gezien als een diagnose-overstijgende vorm van gespreksvoering. Bij diagnostiek wordt uitgegaan van het model van *stepped diagnosis*, analoog aan het model in de (g)gz van *stepped care* (Bakker & Bannink, 2008).

Je zou kunnen zeggen dat probleemgerichte gespreksvoering tussen de oren zit (intrapyschisch), terwijl oplossingsgerichte gespreksvoering tussen de neuzen zit (interpsychisch, interactioneel) (Jansen & Bannink, 2023). Een collega noemde probleemgerichte gespreksvoering ooit ‘probleemzoekende gespreksvoering’. Sigmund, de stripfiguur voor in dit boek, gaat zelfs nog een stap verder: hij spreekt over ‘probleemverhevigende’ psychotherapie.

Paradigma van de analyse en synthese

Een klein stukje theorie. In de wetenschapsfilosofie zijn er twee wegen om de wereld begrijpelijk te maken. Het *paradigma van de analyse* maakt gebruik van *reductionisme* als werkvorm. Hierbij proberen we een systeem te begrijpen door het op te delen in elementen. Die worden geïsoleerd onderzocht en het systeem wordt vervolgens gezien als optelsom van de elementen. Denk aan het medische of mechanische model. Een voorwaarde hiervoor is lineariteit. Zuivere lineariteit bestaat echter alleen als theoretisch model. De letterlijk ontelbare interacties tussen alle elementen in onze werkelijkheid maken deze tot een niet-lineaire aangelegenheid. In een bepaalde omgeving kunnen interacties relatief stabiel en voorspelbaar zijn, bijvoorbeeld bij eenvoudige, mechanische vraagstukken. Reductionisme is dan een aantrekkelijke aanpak. Veel vraagstukken zijn echter complex en onregelmatig.

Emergentie is een mooi begrip om het effect van de ontelbare interacties duidelijk te maken. Het verschijnen van nieuwe eigenschappen in een systeem door grote hoeveelheden interacties tussen kleinere elementen wordt emergentie genoemd als de kleinere elementen deze eigenschappen niet zelf vertonen. Een voorbeeld van een emergente eigenschap is kleur. Individuele atomen hebben geen kleur. Rangschikking van grote aantallen atomen doet bij absorberen en weerkaatsen van licht een kleur ontstaan. Een mierenkolonie is een ander voorbeeld. Aan de hand van het gedrag van één mier kan men niet afleiden hoe het gedrag van een mierenkolonie als geheel georganiseerd is.

Ook temperatuur, vloeibaarheid, druk, cultuur, taal en gezondheid zijn emergente eigenschappen. Het begrip *emergentie* onderscheidt zich van *oorzake-lijkheid* doordat het niet specifiek van toepassing is op wetenschappelijke experimenten, waarbij meestal maar één oorzaak-gevolgrelatie centraal staat. Bij emergentie is sprake van een oneindige of zeer grote hoeveelheid oorzaken die allemaal samen en tegelijkertijd optreden.

Naast het paradigma van de analyse kent de wetenschap het *paradigma van de synthese*. Hierbij zien we een onderwerp niet als optelsom, maar kijken we naar de samenhang van relaties tussen de elementen binnen het geheel. Het concentreert zich op de dynamiek. Het zijn vooral complexe systemen die gekenmerkt worden door deze samenhang van relaties. Het functionele paradigma van de synthese biedt fundamenteel andere mogelijkheden. Beide paradigma's bestaan naast elkaar en sluiten elkaar niet uit.

Oplossingsgericht werken past in dit paradigma. Het is een belangrijk instrument bij vraagstukken waarin reductionisme tekortschiet. Het reductionisme is ontwikkeld tot een zeer hoog niveau, is succesvol, maar kent ook beperkingen. De combinatie met oplossingsgericht werken geeft aanvullende mogelijkheden. Het gaat niet om het *waarom*, maar om het *hoe*. Je kunt het zien als 'the best of both worlds'.

Twee voorbeelden in de huisartsenpraktijk (Bannink & Jansen, 2017) zijn:

1. Mijn cliënt is somber.

Analyse: mijn cliënt is somber (probleem). Ik neem een anamnese af en doe onderzoek (onderzoek). Er blijkt sprake van een depressie (diagnose). We kiezen voor een protocollaire aanpak (behandeling).

Synthese: mijn cliënt is somber en wil weer blij zijn en zich energiek voelen (doel). Hij krijgt erkenning voor de lijdensdruk die de klachten teweegbrengen. Onderzoek en diagnose blijken niet direct nodig. Samen kiezen we voor oplossingsgericht werken en maken we gebruik van zijn competenties en omstandigheden (functionele benadering). Hij bouwt aan zijn gewenste toekomst (wat werkt?). Hier kan het doel bereikt worden zonder aan het probleem te werken.

2. Mijn cliënt is chronisch moe.

Er blijkt sprake van aanhoudende lichamelijke klachten (ALK).

Analyse: mijn cliënt is moe (probleem). Er is veel onderzoek gedaan: er is sprake van een chronisch vermoeidheidssyndroom (diagnose). We kiezen voor een protocollaire aanpak (behandeling).

Synthese: mijn cliënt is chronisch moe en wil weer meedoen, genieten en de regie over zijn leven terug hebben (doel). Er is voldoende onderzoek

gedaan. Hij krijgt erkenning voor de lijdensdruk. We kiezen voor oplossingsgericht werken, en maken gebruik van zijn competenties en context (functioneel). Hij bouwt aan de gewenste toekomst (wat werkt?). Hier kan het doel bereikt worden terwijl de moeheid al dan niet weg is. De moeheid is dan echter minder een probleem.

Nog een voorbeeld uit het dagelijks leven: Stel, ik kan de schaar niet vinden. Dan heeft het niet veel zin om me te ergeren of na te gaan waarom ik die ben kwijtgeraakt. In plaats daarvan denk ik: Wat wil ik? Wat is mijn doel? Dat is het openen van dat pakje voor mijn neus. Ik weet dat ik dat kan doen door een pen langs de tape van het pakje te halen, dus dat is wat ik doe. Later komt de schaar misschien weer boven water als ik iets anders aan het doen ben.

CASUS – BOUWEN AAN SUCCES

Een vrouw heeft onbegrepen moeheidsklachten. Ze is moeder van twee jonge kinderen en heeft een baan als ICT'er. Door haar vermoeidheid is ze het afgelopen jaar langdurig uitgevallen. Het lukt haar niet om haar werkzaamheden uit te breiden naar het oude niveau. Ze heeft onderzoeken gehad bij een longarts en internist. Deze hebben geen voldoende verklaring voor haar klachten gevonden.

Ze heeft een afspraak bij de huisarts om te bespreken hoe het verder moet. De huisarts vraagt wat het doel van haar komst is. De vrouw wil weten wat er met haar aan de hand is. Heeft ze een burn-out? De arts vraagt welk verschil het zal maken als ze dat weet. De vrouw wil weten of ze weer beter zal worden. 'Wat is uw mening?', vraagt ze de huisarts. Hij zegt dat het misschien niet nodig is om de oorzaak van de vermoeidheid te kennen. Dat ze veel sterke kanten heeft. Dat je vaak kunt werken aan verbetering zonder het probleem in detail te kennen. 'Dus het moet vanzelf beter gaan?', vraagt ze. Dan volgt er een gesprek over hoe je actief, met kleine stapjes, kunt werken aan verbetering. Een behandelaar kan helpen door samen met de patiënt te zoeken naar mogelijkheden. En te zoeken naar het begin van succes waarvan misschien al stukjes zichtbaar zijn. De vrouw vertelt dat ze begonnen is met een mindfulnesstraining, in de hoop dat ze rustiger zou worden en dat dit een positief effect heeft. Samen ontdekken ze dat de mindfulnessoefeningen een goed voorbeeld zijn van wat voor haar werkt. En dat ze naar meer dingen kan gaan zoeken. Omdat ze al gesprekken heeft met haar mindfulnesstrainer, stelt de

vrouw voor om met deze trainer verder te werken aan mogelijkheden voor verbetering. De huisarts complimenteert haar met dit goede idee. In dit consult veranderde bij de patiënt een analytische houding, een behoefte aan het begrijpen van het probleem, naar een constructieve houding van bouwen aan succes.

Tabel één Paradigma van de analyse en synthese (Bannink & Jansen, 2017)

Analyse	Synthese
Oorzaak-gevolg	Onvoorspelbaarheid, evolutie
Medisch model	Oplossingsgericht model
Reductionistisch convergent denken	Functioneel divergent denken, creativiteit, design
Focus op het verleden Statisch	Focus op de toekomst Dynamisch
Biomedisch onderzoek: RCT's	Informatietheorie
Standaarden, richtlijnen, protocollen (ligt vast)	Navigatie door middel van entropie
Objectieve werkelijkheid	Werkelijkheid is afhankelijk van observatie (onzekerheidsprincipe van Heisenberg) (sociologie: sociaal constructivisme)

Oplossingsgericht werken beweert niet dat het problemen kan oplossen of klachten en stoornissen kan genezen. Het beweert wel dat het voor cliënten nuttig kan zijn bij het realiseren van hun gewenste toekomst, en daarbij is het classificeren of diagnosticeren van problemen vaak niet relevant. Wanneer zij hun gewenste toekomst gerealiseerd hebben, zullen hun problemen, klachten en zorgen – al dan niet – verdwenen zijn.

Het oplossingsgerichte model is complementair aan het medische model (verminderen of doen verdwijnen van ongewenst(e) gedrag/klacht/probleem). In het oplossingsgerichte model gaat het om het starten met of uitbreiden van gewenst gedrag. Het is doelgericht en toekomstgericht, kortdurend en praktisch, gericht op concreet resultaat, licht en positief van toon en sfeer, en energiebesparend voor professionals. Enkele aannames zijn:

- Het is niet nodig om de oorzaak of in stand houdende factoren van een klacht of symptoom te kennen om het te kunnen oplossen.
- Snelle verandering of oplossing van het probleem is mogelijk.

- Focus op oplossingen en mogelijkheden in plaats van pathologie.
- Nodig de cliënt uit om in actie te komen.
- Zoek naar een kleine positieve verandering en moedig die aan.

POH-GGZ: 'Wat moet je met een stoornis en een diagnose? Dan zakt de moed je in de schoenen. En dan? Nog een keer iets inpereren en dingen nóg zwaarder maken? Nee, je moet kijken waar de mogelijkheden liggen.'

Oplossingsgericht werken is een competentiegerichte benadering, met zo min mogelijk nadruk op falen en problemen in het verleden en heden, en zo veel mogelijk nadruk op competenties, (eerdere) successen en uitzonderingen (momenten waarop het probleem/de klacht zich had kunnen voordoen, maar dat op de een of andere manier niet of minder deed). Bij het bouwen aan oplossingen worden cliënten gezien als experts met betrekking tot hun eigen leven. Oplossingsgerichte professionals luisteren steeds naar openingen in de gesprekken, ook al zijn die doordrenkt met problemen. We noemen dat ook wel: 'luisteren met sterkte-oren' (zie oefening vijftien).

Cliënten vertellen bijna altijd wel genoeg aan zowel de probleem- als oplossingskant, waarna professionals een keuze kunnen maken. Deze openingen kunnen gaan over wat cliënten anders willen, uitzonderingen, competenties en hulpbronnen, en wie of wat nuttig kan zijn bij het zetten van volgende stappen.

Oplossingen hoeven niet eens aan problemen gerelateerd te zijn. Cliënten worden aangemoedigd uit te zoeken wat (beter) werkt en daarvan meer te doen. Verbetering komt vaak tot stand door het verplaatsen van de aandacht van ontevredenheid over de huidige situatie naar een positief doel en door stappen in die richting te zetten. Dit proces in het verschuiven van aandacht kent drie stappen:

1. Erkennen van het probleem/de klacht: 'Dit is vast moeilijk voor je.'
2. Suggesteren van een veranderwens: 'Begrijp ik dat je dat graag anders zou willen?'
3. Vragen naar de gewenste toekomst: 'Hoe wil je het anders?'

Deze competentiegerichte benadering sluit goed aan bij de *zelfdeterminatietheorie* van Ryan en Deci (2001). Die theorie stelt dat wij drie natuurlijke basisbehoeften hebben: 1) behoefte aan autonomie; 2) behoefte aan competentie, en 3) behoefte aan verbondenheid en acceptatie. In de *sterkekantenbe-*

nadering van de positieve psychologie (zie verderop) en ook in het oplossingsgerichte werken zien we het belang van deze drie basisbehoeften terug. Ze zijn belangrijke bouwstenen voor ons welbevinden.

‘We hebben urenlang zitten luisteren naar verhalen van mensen over wat er verkeerd was in hun leven, en hadden het idee dat als we iets wilden teweegbrengen, we steeds meer vragen moesten stellen over wat er verkeerd was. Oplossingsgerichte therapie was als een frisse wind. Plotseling was het de cliënt die bepaalde wanneer hij klaar was met therapie. Er waren duidelijke gedragsindicatoren die aangaven wanneer het doel bereikt was. We hoefden er niet langer onder gebukt te gaan dat we de expert moesten zijn, maar zochten samen met de cliënt uit wat zou kunnen helpen. We hoefden niet langer maandenlang naar problemen te luisteren, maar luisterden naar sterke kanten, competenties en vaardigheden. We zagen cliënten niet langer als DSM-labels, maar als fantastische wezens vol potentieel. Weken werd weer leuk en gaf weer energie, en dat gold ook voor ons leven buiten ons werk.’ (De Jong & Berg, 2004, p. 322)

CASUS – JE STERKE PUNTEN

‘Ik kom naar je sterke punten kijken’, kondigde een intern begeleider in het basisonderwijs haar bezoek aan de leerkracht aan. Met als gevolg een brede glimlach van de leerkracht en veel positieve energie bij haar collega’s.

Bakker en Bannink (2008) en Bannink en Peeters (2018) stelden dat het oplossingsgerichte model ook in de psychiatrie een goede aanvulling is op het medische model. Voor alle duidelijkheid: het komt er dus niet voor in de plaats. Hetzelfde geldt voor de huisartsenpraktijk (Bannink & Jansen, 2017).

De term ‘oplossing’ suggereert dat er een probleem zou zijn. Omdat dit niet altijd het geval is, spreken sommige auteurs liever van ‘voorkeuren’ en ‘mogelijkheden’ (*preferences and possibilities*, Walter & Peller, 2000) of ‘het ontwerpen van een uitkomst’ (*designing an outcome*, De Bono, 1985, p. 42) (zie hoofdstuk drie). Het paradigma van de synthese gaat over het ontwerpen van een uitkomst