

Oplossingsgerichte gespreksvoering met ouderen

Oplossingsgerichte gespreksvoering onderscheidt zich van probleemgerichte gespreksvoering door de focus op wat werkt en de sterke kanten van cliënten, in plaats van op wat niet werkt en hun zwakke kanten. Dit artikel opent met een korte introductie van deze positieve vorm van cognitieve gedragstherapie en geeft een overzicht van de mogelijkheden bij de begeleiding en behandeling van oudere cliënten en hun omgeving.

door René den Haan & Fredrike Bannink

De positieve focus

Er is geschreven over oplossingsgerichte gespreksvoering met verschillende doelgroepen en over toepassingen bij cliënten met uiteenlopende problemen, maar er is nog weinig bekend over de toepassingen ervan bij ouderen, dus cliënten met een leeftijd vanaf ongeveer 55 jaar. Dit heeft te maken met methodologische beperkingen door grote heterogeniteit en comorbiditeit in deze doelgroep. Er bestaan veel negatieve opvattingen over ouderen, bijvoorbeeld dat men op oudere leeftijd nauwelijks nog kan veranderen. Maar het blijkt dat de meeste ouderen actief en positief in het leven staan en niet of nauwelijks hulp nodig hebben van buitenaf. Mochten zij toch psychotherapie nodig hebben, dan blijkt dat cliënten met weinig vertrouwen in een positieve uitkomst van therapie, geen hulp zoeken of vroegtijdig stoppen met behandeling. Levy en collega's¹ vonden dat ouderen met een negatieve kijk op veroudering het slechter deden op geheugentests, de wens om te leven lager was en zij een lagere verwachting hadden van de eigen effectiviteit. Bovendien waren zij lichamelijk minder gezond. Ouderen met een positieve kijk deden het juist beter op deze factoren. Vooroordelen werken ook door op het gedrag van professionals die met ouderen werken². Lage verwachtingen van de resultaten van psychotherapie bij ouderen hebben de drempel voor toepassing ervan verhoogd, bijvoorbeeld bij suicidaliteit, verzoeken tot vrijwillige levensbeëindiging en dementie³. 'Succesvol ouder worden' is de nieuwe visie in het zorgbeleid voor ouderen. Onderzoek vanuit de positieve psychologie^{4, 5} heeft er de afgelopen decennia toe geleid dat de nadruk is komen te liggen op krachten in plaats van klachten. Autonomie, hoop, optimisme en maatgericht behandelen zijn belang-

rijke sleutelbegrippen geworden. Oplossingsgerichte gespreksvoering sluit naadloos bij deze nieuwe ontwikkelingen aan.

Oplossingsgerichte gespreksvoering met ouderen

Oplossingsgerichte gespreksvoering wordt beschouwd als een positieve vorm van cognitieve gedragstherapie^{4, 6, 7}. In plaats van probleemanalyse vindt doelanalyse plaats: wat wil de oudere voor het probleem in de plaats? Cliënten en hun dierbaren worden uitgenodigd hun doel te formuleren, uitzonderingen op het probleem te vinden en voort te bouwen op hun sterke kanten en op wat er al (of nog) werkt. Voor oplossingsgerichte therapie is een protocol ontwikkeld^{4, 8}. Dit bestaat uit de volgende elementen: analyseren van het doel, zoeken naar uitzonderingen, vinden van competenties, inschalen van vooruitgang ten opzichte van het doel en motivatie om hiermee aan de slag te gaan. Soms wordt feedback gegeven en afhankelijk van de ingeschatte samenwerkingsrelatie tussen cliënt en professional wordt een suggestie gedaan voor huiswerk. De klinische praktijk wijst uit dat er geen wijzigingen nodig zijn in het standaardprotocol voor oplossingsgerichte therapie met ouderen, met uitzondering van de groep ouderen met cognitieve beperkingen^{9, 10}. Voor (zorg)teams die met 'gedragsproblematiek' te

De meeste ouderen
 staan actief en
 positief in het leven.

Drs. R. den Haan is GZ-psycholoog, docent/ trainer en auteur (info@renedenhaan.nl). Drs. F.P. Bannink MDR is klinisch psycholoog, Master of Dispute Resolution en opleider/ supervisor van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT) en auteur.

maken hebben, bijvoorbeeld teams die werken met ouderen met dementie, is mediatieve oplossingsgerichte gespreksvoering een bruikbaar alternatief. De toepassing voor teams en de aanpassingen in het protocol voor ouderen met cognitieve beperkingen beschrijven we verderop in dit artikel. Eerst geven we een korte beschrijving van een oplossingsgericht gesprek volgens het standaardprotocol.

Casus

Dhr. de Waal is een getrouwde gepensioneerde 67-jarige vader van twee zonen en grootvader van een kleinkind. Cliënt is door de huisarts naar een eerstelijnspsycholoog verwezen. Sinds twee jaar, na het stoppen van zijn werkzaamheden als fietsenmaker, voelt hij zich somber. Dit komt tot uiting in passief en depressief gedrag. De therapeut complimenteert hem voor zijn komst en vraagt waar hij op hoopt bij de gesprekken (*doelformulering*). Cliënt geeft aan dat hij graag weer 'de oude' zou willen zijn. De therapeut vraagt hoe zijn leven eruit zal zien wanneer hij weer 'de oude' is. Hij antwoordt dan weer actief met zijn handen bezig te zijn en fietsen te repareren. In de gewenste situatie in de toekomst is hij weer 'onder de mensen' en doet samen met zijn echtgenote en (klein)kinderen weer plezierige dingen (naar de markt gaan, zijn zoon helpen met klusjes in de fietsenzaak). De therapeut vraagt wat voor verschil dit voor cliënt en zijn dierbaren zal maken. Cliënt zegt dat hij dan weer het gevoel zal hebben dat hij 'erbij hoort'. Zijn dierbaren zouden hem weer zien lachen en actief bezig; zij zouden hun echtgenoot en vader 'terug hebben'. De therapeut vraagt vervolgens naar momenten die een beetje lijken op de gewenste situatie (*uitzonderingen*). Cliënt geeft aan dat dit de spaarzame momenten zijn dat hij zijn zoon ziet en hij zijn echtgenote helpt met zware klussen in het huishouden. Vervolgens vraagt de therapeut waar cliënt de huidige situatie op een schaal van 10 tot 0 neerzet, waarbij 10 betekent dat de gewenste situatie helemaal is bereikt en 0 het tegenovergestelde (*schaalvraag*). Cliënt geeft aan dat hij nu op een 5 staat: het gesprek met de therapeut geeft inzicht in zijn situatie en hij heeft het idee dat de gewenste toekomst mogelijk is. Hierna wordt hem gevraagd naar een volgend stapje in de gewenste richting. Cliënt geeft aan dat hij tussen nu en de volgende bijeenkomst zijn zoon gaat bellen om te vragen of hij zo nu en dan kan meehelpen in de fietsenzaak. De therapeut complimenteert cliënt tijdens dit gesprek met alles wat hij al doet en zijn bereidheid verdere stapjes te zetten om zo dichtbij zijn doel te komen. Cliënt geeft overigens aan tevreden te zijn met een 7.

Oplossingsgerichte gespreksvoering bij cognitieve beperkingen

Bij sommige ouderen zijn cognitieve beperkingen aanwezig, bijvoorbeeld betreffende concentratie, leervermogen, taalbegrip, waarnemen of executief functioneren (plannen, organiseren, monitoren, behouden van overzicht, introspectief vermogen of ziekte-inzicht). Deze complexe problematiek vraagt een grote tijdsinvestering qua diagnostiek, waarbij het cliënten niet altijd lukt om bevindingen uit onderzoek te begrijpen of tot inzicht te komen^{11, 12}. Voorheen werd cliënten vooral geadviseerd om

situaties anders aan te pakken. Het aanleren van nieuwe gedragingen en cognities bij deze doelgroep vormt echter vaak een probleem. Ook het generaliserend effect naar het dagelijks leven is meestal teleurstellend¹³.

Bovenstaande maakt de keuze voor oplossingsgerichte gespreksvoering aantrekkelijk. Die kent al langer positieve toepassingen en effecten bij cliënten met complexe en chronische psychische aandoeningen, met een verstandelijke beperking en bij kinderen. Het maakt gebruik van al bestaande functionele gedragingen en cognities van de cliënt (*de al aanwezige uitzonderingen*) en is hiermee bij uitstek geschikt voor deze groep cliënten, omdat er geen nieuw gedrag hoeft te worden aangeleerd. Bovendien passen de gedragingen die de cliënt zelf heeft bedacht beter en zal deze meer gemotiveerd zijn om deze gedragingen te herhalen, dan wanneer de therapeut - voor de cliënt nieuw - gedrag adviseert. De therapeut volgt verder de visie van de cliënt waarbij diens eventuele andere visie niet wordt bestreden. Pogingen om de visie van de cliënt op zijn functioneren te beïnvloeden - meestal vanuit een probleemgerichte focus - kan de samenwerkingsrelatie onder druk zetten en zelfs de 'irreële' visie van de cliënt versterken.

De vragen uit het protocol voor oplossingsgerichte gespreksvoering zijn voor deze doelgroep zo kort en concreet mogelijk:

'Wat wilt u aan het einde van dit gesprek bereikt hebben?', 'Waar hoopt u op?' 'Welk verschil maakt dit voor uw dierbaren?', 'En welk verschil maakt dit voor u?' (*doelformulering*); 'Wanneer is het probleem er niet of minder?' (*uitzonderingen*); 'Hoe lukt u dat?', 'Wat werkt al in de goede richting?' (*competenties*); 'Wat zal een volgend stap(je) in de goede richting zijn?' (*progressie*)

Wanneer de cliënt een onrealistisch doel noemt, kan gevraagd worden wat dit doel voor hem of haar betekent of wat hij/zij zou willen als gevolg van dit gesprek⁹. Om het geheugen te ondersteunen en de concentratie vast te houden kan de therapeut aan de cliënt vragen wat hem eerder heeft geholpen om met beperkingen om te gaan. Veelgenoemde technieken zijn hierbij het tekenen, visualiseren of uitbeelden van de gewenste situatie en de stapjes er naar toe. Dit is vergelijkbaar met oplossingsgerichte gespreksvoering met cliënten met een verstandelijke beperking¹⁴ en met kinderen¹⁵.

Mediatieve oplossingsgerichte gespreksvoering

(Zorg)teams in klinische instellingen hebben soms moeite om met het gedrag van bepaalde cliënten om te gaan. Meestal gaat het dan om cognitieve ontregelingen die samenhangen met disfunctionele gedragingen. Bijvoorbeeld bij een vergevorderd dementieel syndroom kan het gaan om agressief gedrag, teruggetrokken gedrag, claimen van hulpverleners of weigeren van verzorging. Het 'probleemgedrag' wordt meestal niet als zodanig door de cliënt ervaren, maar is afhankelijk van de waarneming en vaardigheden van de directe (zorg)omgeving. Hierbij is het vaak mogelijk om via de (zorg)omgeving gedragingen van de cliënt positief te beïnvloeden. Verpleegkundigen en verzorgenden brengen het meeste tijd met de cliënt door en hebben een belangrijke rol bij de beïnvloeding van hun cliënten. De coach van het (zorg)team bespreekt met hen hoe zij zich willen

De therapeut volgt de visie van de cliënt.

1 Casus

Een zorgteam in een verpleeghuis, bestaande uit verpleegkundigen en verpleeghulpen, vraagt een coach om advies. Het team heeft moeite met de omgang met de familie van een cliënt. Tijdens de *kennismaking* met de coach geeft het team aan het prettig te vinden om samen met de coach te bedenken hoe zij beter met deze familie kunnen omgaan. De gesprekken met de familie ontwaarden vaak in felle discussies over de benodigde ondersteuning in de dagelijkse zorg, waarbij zij op dwingende wijze aangeven hoe het zorgteam met cliënt moet omgaan.

De coach complimenteert het team voor hun betrokkenheid en voor het feit dat een aantal teamleden zelfs voor deze bijeenkomst na late dienst is teruggekomen (*complimenten*). Ook geeft hij erkenning door hen terug te geven dat het soms ook best lastig is met veeleisende familieleden om te gaan en desondanks geduldig en rustig te blijven. De coach vraagt het team vervolgens wat ze voor het probleem in de plaats willen (*doelformulering*). De teamleden zijn eenduidig over het doel dat zij nastreven: zij willen een rustige sfeer bewaren tijdens gesprekken met deze familie, zonder dat het gesprek escaleert. Op de vraag welk verschil dit zal maken, zegt het team dat dit vooral hun gevoel van zekerheid ten goede zal komen tijdens zo'n gesprek: ze vragen zich vaak af: 'doe ik het wel goed?'. De teamleden concluderen dat ze de familie niet kunnen veranderen en dat een situatie waarin ze zich volledig zeker voelen in gesprek met deze familie niet haalbaar en ook niet nodig is. Soms zijn er al positieve *uitzonderingen*: momenten dat een gesprek met deze familie rustiger verloopt, waarbij ze het idee hebben dat ze hetzelfde doel als de familie nastreven: de beste zorg voor de cliënt. Dit blijkt vooral te lukken wanneer zij de familie erkenning geven voor hun wensen en door te bespreken hoe zij de oplossingen van de familie kunnen gebruiken, en door meer tijd nemen voor zo'n gesprek. Op een schaal van 10 tot 0, waarbij 7 staat voor de situatie waarbij teamleden het idee hebben dat ze zich voldoende zeker voelen, staan ze op een 5 (*schaalvraag*). Een volgende stap in de gewenste richting is volgens teamleden dat ze een kwartier langer de tijd nemen voor het familiegesprek en de familie gaan benaderen als 'expert'. Het team krijgt tenslotte van de coach de taak om in een volgende bijeenkomst een maand later te rapporteren wat men (anders) deed en wat hiervan werkte (*suggestie voor huiswerk*).

gedragen ten opzichte van de cliënt. Deze behandeling via een derde wordt 'mediatieve oplossingsgerichte gespreksvoering' genoemd¹⁶.

Dit gebeurt door selectief aandacht te schenken aan hun doel, uitzonderingen, hun competenties en wat werkt (zie ook kader 1). Daarnaast wordt de focus zo min mogelijk gelegd op problemen en klachten. Wel geeft de coach erkenning voor de zwaarte van de problemen die het team ervaart. Het zorgteam is (co) expert en wordt uitgenodigd na te denken over wat zij voor het probleem met de cliënt in de plaats willen zien en wanneer zij de coaching als geslaagd beschouwen. Wanneer teamleden de aandacht richten op eerdere successen in de omgang met cliënten genereert dit een positieve verwachting. Hierdoor zullen zij zichzelf en de situatie met de cliënt positiever gaan zien. De positieve effecten van deze interventies generaliseren vaak naar (eventueel toekomstige) problemen tussen teamleden en andere cliënten.

Ingersoll-Dayton en collega's¹⁷ vonden positieve effecten bij een oplossingsgerichte aanpak van 'probleemgedrag' van ouderen met dementie: zowel familieleden als verpleeghulpen zagen een

afname van problematische gedragingen. De aanpak bestond, naast het geven van complimenten, uit stellen van vragen aan familieleden naar de sterke kanten van de oudere, vinden van uitzonderingen op het probleem en wat voor verschil het zou maken als er een 'wonder' zou gebeuren, waarbij het wonder werd gedefinieerd als de situatie waarin het probleem voldoende onder controle was. Voor mediatieve oplossingsgerichte gespreksvoering wordt het standaardprotocol voor oplossingsgerichte therapie gebruikt. Follow-up afspraken behoren tot de mogelijkheden als het zorgteam dat zinvol vindt¹⁰.

Conclusie

Oplossingsgerichte gespreksvoering focust op wat werkt en hoe dat uit te breiden is in plaats van te focussen op wat er mis is en hoe dat te repareren is. Deze nieuwe visie op hulp- en dienstverlening blijkt in de praktijk werkzaam en breed inzetbaar, waarbij veroudering en aanwezigheid van cognitieve beperkingen geen belemmering meer vormen voor een succesvol resultaat. De therapeut bouwt voort op de visie en competenties van de cliënt, waarbij 'irreële' ideeën niet bestreden hoeven te worden. Er wordt gekeken naar mogelijkheden, uitzonderingen en competenties, in plaats van beperkingen, problemen en defecten. Mediatieve oplossingsgerichte gespreksvoering biedt uitkomst wanneer het (zorg)team rondom een cliënt moeite heeft met het gedrag van een oudere of zijn of haar omgeving, bijvoorbeeld in het geval van gedragsproblemen door dementie, of wanneer cliënten niet meer in staat zijn om wensen en behoeften kenbaar te maken. De directe zorgomgeving wordt gezien als co-expert en wordt ingeschakeld om via verandering van het eigen gedrag het probleemgedrag van de cliënt positief te beïnvloeden.

Noten

- 1 Levy BR ea (2000) Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journals of gerontology, Series B: Psychological sciences and social sciences* 55: 205-213
- 2 Rust TBM & See SK (2007) Knowledge about aging and Alzheimer disease: a comparison of professional caregivers and noncaregivers. *Educational gerontology* 33: 349-364
- 3 Deluty RH (1998) Factors affecting the acceptability of suicide. *Journal of death and dying* 19: 315-326
- 4 Bannink FP (2009) *Positieve psychologie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe
- 5 Bannink FP (2012) *Positieve supervisie en intervisie*. Amsterdam: Hogrefe
- 6 Bannink FP (2006) De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie* 39: 171-183
- 7 Bannink FP (2012) *Practicing positive CBT*. Oxford: Wiley
- 8 Shazer S de (1985) *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton
- 9 Klaver MG & Bannink FP (2010) Oplossingsgerichte therapie met cliënten met niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor neuropsychologie* 5: 11-19
- 10 Den Haan R & Bannink FP (2012) *Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering met ouderen*. Amsterdam: Pearson
- 11 Judd T (1999) *Neuropsychotherapy and community integration. Brain illness, emotions and behavior*. New York: Kluwer Academic
- 12 Verbeek R (2009) Psychotherapie bij niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor neuropsychologie* 1: 12-20
- 13 Goldberg E (2010) *Het sturende brein. Onze hersenen in een complexe wereld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek
- 14 Roeden JM & Bannink FP (2007) *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amsterdam: Pearson
- 15 Berg IK & Steiner T (2006) *Het spel van oplossingen*. Amsterdam: Pearson
- 16 Klaver MG & A-Tjak J (2006) Mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis: het gebruik van cognitief gedragstherapeutische analyses en cognitieve interventies met een zorgteam. *Gedragstherapie* 39: 5-21
- 17 Ingersoll-Dayton B ea (1999) The effectiveness of a solution-focused approach for problem behaviors among nursing home residents. *Journal of gerontological social work* 32: 49-64