

Wat is oplossingsgerichte kortdurende therapie?

Oplossingsgerichte kortdurende therapie wordt gekenmerkt door een specifiek ontwikkelingsverloop en door een aantal therapeutische aspecten. Deze therapievorm begon als een protest tegen de heersende therapeutische visie. De geschiedenis van de oplossingsgerichte kortdurende therapie (Solution Focused Brief Therapy, kortweg SFBT) wordt gekenmerkt door verschillende conflicten en mijlpalen, successen en mislukkingen. Het model ontwikkelde zich, lang voordat de term ‘managed care’ uitgevonden werd, gedurende meer dan 25 jaar, met veel vallen en opstaan, tot wat het nu is. Hoewel het SFBT-model in een ambulante klinische setting vorm kreeg, werd het al snel aangepast om er in verschillende settings en populaties mee te kunnen werken. Tegenwoordig wordt de benadering toegepast in diverse soorten scholen, gevangenissen, sportinstellingen, ziekenhuizen, pijnklinieken, sociale dienstprogramma's, opvangcentra, centra voor dagopvang, residentiële behandelinstellingen, in de zakenwereld en in allerlei andere settings. Het gaat ook om verschillende soorten cliënten, bijvoorbeeld alcohol- en drugsverslaafden, plegers van huiselijk geweld, mensen met relatie- en gezinsproblemen, mensen met een chronische geestesziekte, mensen in crisis, overlevenden van trauma's, probleemkinderen, mensen met problemen in supervisie en management, en mensen die het moeilijk vinden om hun leven richting te geven en niet overweg kunnen met mensen die belangrijk voor hen zijn.

De basis van SFBT

Teambenadering

Zoals voor de meeste innovaties geldt, ontwikkelde SFBT zich, vooral in de beginfase van haar ontwikkeling, dankzij talloze bijdragen van teamleden. In de loop der jaren wijzigde de teamsamenstelling, maar de leden hadden altijd verschillende professionele achtergronden, variërend van geneeskunde, onderwijskunde, sociale actie (in de jaren zeventig) tot technologie, biologie, taalwetenschappen, psychiatrie, psychologie, sociaal werk en sociologie. Hoewel Steve De Shazer en Insoo Kim Berg het model in Milwauke hebben ontwikkeld, worden er vanuit vele settings over de hele wereld bijdragen geleverd. In de loop van de jaren ging het oorspronkelijke team uiteen, maar De Shazer en Berg bleven vanuit Milwauke over hun werk schrijven. Zij cultiveerden een cultuur die openstond voor nieuwe manieren om het vermogen van cliënten te vergroten om hun eigen problemen op te lossen. Vanuit een houding van professionele openheid wilden ze leren van cliënten, met groot respect voor hun autonomie, met professionele nieuwsgierigheid, die werd gekenmerkt door ‘niet weten’ (Anderson & Goolishian, 1992). Deze open onderzoekscultuur heeft zich uitgebreid naar klinieken voor geestelijke gezondheid, universiteiten en zelfs naar enkele minder voor de hand liggende plaatsen, zoals

gevangenissen en justitiële instellingen. Deze cultuur wordt geschraagd door innovatieve mensen die efficiënt en effectief te werk willen gaan en het lijden zo snel mogelijk willen oplossen.

Uitzonderingen op het probleem

De timing en plaats van het begin van het SFBT-model zijn onmiskenbaar relevant. Het team putte uit vele bronnen: de cultuur van de jaren zestig en zeventig, die gekenmerkt werd door twijfel over de traditionele benaderingen van alles wat vanuit de klassieke westerse, wetenschappelijke benaderingen ondernomen was; het werk van de Palo Alto-groep (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974), die de traditionele visie op geestesziekten betwistte; en het innovatieve werk van Milton Erickson (1954), Erickson en Rossi (1979) en Haley (1973). Het team zette zich actief in om geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

Eind jaren zeventig, begin jaren tachtig werd de verbazingwekkende ontdekking gedaan dat bijna elk probleem de kiem van een oplossing in zich draagt. Men noemde dit wel de uitzonderingen op het probleem, maar dat leidde er wel toe dat het team zijn aandacht richtte op het verschijnsel dat elk probleem een oplossing in zich draagt. Uitzonderingen betreffen volgens SFBT-therapeuten onder andere de momenten waarop zelfs de meest depressieve persoon een beetje verlichting voelt van zijn drukkende depressie. Door deze korte momenten van verlichting te bestuderen, bijvoorbeeld door te kijken wanneer, waar en hoe ze optraden, wie erbij betrokken was en andere details, slaagde de gemotiveerde cliënt erin deze kleinschalige oplossingen uit te breiden. Toen de teamleden wat nauwkeuriger naar deze uitzonderingen keken, ontdekten ze dat bijna alle problemen uitzonderingen bevatten, als we onze aandacht er maar op richten.

Op grond van de overtuiging dat problemen en oplossingen sociaal geconstrueerd en overgedragen worden, benadrukte SFBT (Berg, 1994; Berg & De Jong, 1996; Berg & Dolan, 2001; Berg & Kelly, 2000; Berg & Miller, 1992; Berg & Reuss, 1997; Davis & Osborn, 2000; De Jong & Berg, 2001a; De Jong & Berg, 2001b; De Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; Lee, Sebold & Uken, 2002; Miller & De Shazer, 2000) dat een probleem geen vaststaand gegeven is, maar veranderbaar en afhankelijk van de sociale context. Het is dan ook begrijpelijk dat sommige kinderen alleen op school problematisch gedrag vertonen, maar thuis niet, terwijl anderen alleen problemen ervaren als ze onder vrienden zijn, maar niet met volwassenen, en weer anderen onder alle omstandigheden problemen ervaren. Omdat zelfs de moeilijkste problemen uitzonderingen kennen (de keren dat het probleem zich zou hebben moeten voordoen, terwijl dat niet gebeurde), moeten we aannemen dat er geen directe relatie bestaat tussen problemen en oplossingen. Indien een probleem door de context bepaald wordt, dan kunnen de oplossingen ook contextueel bepaald worden. Bij volwassenen kan de betekenis van problematisch gedrag door middel van taal vastgesteld worden. Met kinderen kan dat ook, maar dan door middel van plaatjes, spelletjes, verhalen en alles waarmee het kind zich ook maar op zijn gemak voelt. Vandaar het begrip 'oplossingsgericht', hetgeen betekent dat het probleem verdwijnt als je je op mogelijke oplossingen richt.

En ondertussen ontdekte het team andere belangrijke instrumenten om de therapeutische conversatie voor cliënten nuttig en productief te maken. Hoofdstuk 3 gaat in detail in op de instrumenten en de achterliggende filosofie.

Werkt het?

De oorspronkelijke teamleden wilden er graag zeker van zijn dat wat ze deden ook werkte en toen de kliniek The Center in 1978 haar deuren officieel opende, begon het team dan ook feedback van cliënten te verzamelen. Dat gebeurde meestal tijdens een follow-upgesprek met de cliënt, dat telefonisch werd uitgevoerd door stagiaires en studenten. The Center was een kleine, onafhankelijke en ambulante kliniek, met klein budget, en beschikte niet over de middelen om wetenschappelijk onderbouwd onderzoek uit te voeren waarin pre- en postbehandelingsdata werden vergeleken. Bovendien waren de teamleden van mening dat de belangrijkste evaluatie van de gebruikers afkomstig was, aangezien ze een inductieve benadering van modelontwikkeling in de klinische setting voorstonden. De eerste onderzoeken waren vergelijkbaar met de meeste andere effectiviteitsonderzoeken van behandelingen, dat wil zeggen dat ongeveer 80 tot 85 procent van de cliënten rapporteerde dat ze door middel van de therapie hun doel hadden bereikt. Opvallend genoeg ging het in die gevallen om therapieën van minder dan zes tot acht sessies. Recentere onderzoeken wijzen erop dat dit aantal zelfs nog verder gereduceerd kan worden tot een gemiddelde van vier sessies.

Universiteiten raakten geïnteresseerd in deze postmoderne visie op menselijke problemen, die werd gecombineerd met ideeën van de sociale constructivisten over problemen en hun oplossingen. En zo werd SFBT in toenemende mate op universiteiten onderwezen. Vervolgens werden ook buiten Milwaukee wetenschappelijke onderzoeksregels toegepast op de behandeldata, met gebruikmaking van vergelijkingen tussen pre- en postbehandeldata. Dit onderzoek werd niet door de oorspronkelijke teamleden uitgevoerd, maar door studenten die geen persoonlijke banden hadden met het oorspronkelijke team. Deze trend zet door en steeds meer gepubliceerde en ongepubliceerde onderzoeksdata tonen aan dat deze benadering meer aandacht en verder onderzoek verdient (Gingerich & Eisengart, 2000). Deze onderzoeken betroffen diverse populaties, onder anderen daders van huiselijk geweld die gedwongen in behandeling waren, arbeidsongeschikten in terugkeerprojecten, mensen die hun straf in de gevangenis uitzaten, en schoolkinderen. Tot nog toe zijn er geen onderzoeksresultaten bekend met betrekking tot de problemen van kinderen, maar een aantal projecten heeft een vergelijkingsonderzoek naar deze populatie verricht of is dat van plan te gaan doen.

De vraag of SFBT werkt is moeilijk te beantwoorden, omdat we eerst moeten weten wat er precies met 'werkt' wordt bedoeld. Hetzelfde geldt voor de vraag of SFBT succes heeft. Betekent het dat een kind met veel problemen nooit meer problemen zal hebben? Of gaat het om een persoonlijkheidsverandering bij het kind of de ouder? Natuurlijk proberen we iemands persoonlijkheid niet te veranderen, want dat is onmogelijk en bovendien onwenselijk. Verder denken we dat het van weinig respect zou getuigen als we het zouden proberen.

'Succes' betekent voor ons dat de cliënt het gestelde doel heeft bereikt. Dit klinkt veel eenvoudiger dan het lijkt, omdat verzorgers allerlei ideeën hebben over wat het beste is voor het betreffende kind. Niettemin moeten we ergens beginnen en ergens eindigen. Met dit voorbehoud in ons achterhoofd zullen we in hoofdstuk 4 verder ingaan op conflicterende doelen.

SFBT versus traditionele speltherapie

Er bestaan enige fundamentele verschillen in ideeën, procedures en accenten tussen de traditionele speltherapie en SFBT, die duidelijk zullen worden wanneer u de hoofdstukken 2, 3 en 4 leest. De traditionele speltherapie is gebaseerd op de aanname dat het helpt om in een veilige omgeving met een therapeut gevoelens van woede, frustratie, agressie, onveiligheid en onzekerheid in daden om te zetten. Een langdurige relatie met een tolerante therapeut wordt beschouwd als een heilzame ervaring voor een kind. Soms wordt emotionele regressie gestimuleerd, zodat kinderen andere gedragspatronen kunnen gaan opbouwen en nieuwe vaardigheden kunnen ontwikkelen. Spel wordt gebruikt als een diagnostisch instrument om vast te stellen waaruit de problemen van het kind bestaan en te onderzoeken welke helende stappen moeten worden genomen binnen de langdurige, vertrouwelijke relatie tussen het kind en de therapeut. Ouders spelen een marginale rol. Zij worden niet bij de therapeutische activiteiten betrokken en ondersteunen slechts het mysterieuze proces dat zich achter gesloten deuren tussen hun kind en een andere volwassene voltrekt.

Het is verstandig om ervan uit te gaan dat we moeten weten wat het probleem van een kind veroorzaakt als we het willen oplossen. Toch moeten we vaak verbaasd constateren dat er nauwelijks enig verband bestaat tussen het probleem en de mogelijke oplossing. Het onderzoek naar de oorzaken van het probleem kan vele sessies in beslag nemen, maar kan er tevens ongewild toe leiden dat naar een 'schuldige' gezocht wordt. Ouders voelen zich over het algemeen schuldig aan de ontwrichting van het leven van hun kind – en als ze dat al niet direct zeggen, dan blijkt dat wel uit hun terloopse opmerkingen en zinspelingen. Veel ouders komen niet graag naar school, de dagopvang of andere instellingen als ze aangesproken kunnen worden door de daar aanwezige deskundigen. We hebben ook veel professionals ontmoet die de schuld inderdaad bij de ouders leggen. Ze beweren dat de ouder de behandeling van het kind 'saboteert' door te weigeren het kind naar de therapeut te brengen of door het belang van de therapeut voor het kind te bagatelliseren.

De SFBT-werkwijze die bij kinderen wordt toegepast, lijkt veel op de SFBT-werkwijze die bij volwassenen wordt gebruikt: de focus ligt op het dagelijks leven van de cliënt buiten de therapieruimte, op hoe de cliënt met vrienden, leraren, gezinsleden en dergelijke omgaat. Wij denken dat echte verandering optreedt als de manier verandert waarop een kind met anderen interacteert – wanneer het kind bijvoorbeeld met vriendjes speelt, leert om te gaan met andere kinderen en volwassenen, vecht en liefheeft. We geloven ook dat kinderen over het vermogen beschikken om deze dingen te leren. Door te focussen op de aanwezige vermogens kan de therapeut deze blootleggen en ervan gebruikmaken en hoeft hij niet te proberen de tekorten van het kind te compenseren. De therapeut heeft de taak de eigen kracht, vaardigheden en vermogens van het kind zichtbaar te maken en aan te spreken.

Deze werkwijze kost minder tijd dan de traditionele benaderingen, waarvoor soms jarenlang wekelijkse sessies nodig zijn. Ook de kwaliteit van onze relatie met de kinderen is anders. We gaan er niet vanuit dat het moeilijk is om hen over te halen, noch proberen we de belangrijkste mensen in hun leven – hun ouders of verzorgers – te vervangen. Onze relatie met de kinderen is van korte duur en van voorbijgaande aard, en we

beseffen ten volle dat hun relatie met hun ouders er al was lang voordat wij in hun leven kwamen en ook zal blijven bestaan als wij uit hun leven verdwenen zijn.

Achterliggende aannamen ten aanzien van het oplossen van problemen en werkwijzen

De meest toegepaste en algemeen geaccepteerde manier om problemen op te lossen – of het nu gaat om chronisch te laat op school komen of het repareren van een kapotte auto – is een wetenschappelijke oorzaak-gevolgbenadering. DeJong en Berg (2001b) noemen het een probleemoplossingsbenadering. Zoals DeJong en Berg schrijven begint de traditionele probleemoplossingspraktijk met vaststellen wat het probleem is, om zo de oorzaak ervan te vinden. Dat gebeurt op grond van de achterliggende aanname dat er een directe relatie bestaat tussen een probleem en de oorzaak ervan. Het oplossen van een probleem bestaat dus uit het vinden en bepalen van de oorzaak. Veel problemen worden op deze manier opgelost en deze methode werkt redelijk goed wanneer de problemen eenvoudig, mechanisch en routineus van aard zijn. Volgens deze logica moeten we uitzoeken wat er verkeerd ging, wat het probleem veroorzaakte. Door de oorzaak te zoeken voor een slecht startende auto, zijn we in staat het probleem te bepalen en daardoor het kind op tijd naar school te brengen. Uitzoeken waarom een leerling chronisch te laat op school komt is iets gecompliceerder dan het ontdekken waarom een auto niet start of het brood in een broodrooster telkens verbrandt. Wanneer dergelijke mechanische problemen onze vermogens te boven gaan doen we een beroep op een expert. Dat is heel normaal in onze maatschappij. Wanneer er echter geen directe causale relatie gevonden kan worden, vindt men de situatie al snel onbegrijpelijk en weet men niet meer wat men moet doen.

De probleemoplossingsbenadering heeft moeite met alledaagse problemen omdat bij een relatief eenvoudig probleem, zoals 's morgens te laat op school komen, menselijke factoren een rol spelen die van kind tot kind, van huishouden tot huishouden, van ouder tot ouder en van school tot school verschillen. Er zijn talloze redenen denkbaar waarom een kind chronisch te laat komt, die kunnen afhangen van de vraag wie ervoor zorgt dat het kind op tijd op school komt – het kind, de ouder, leraren, de schooldirecteur, een counselor of zelfs een beste vriend. Daarom lopen ook de verschillende methoden om het probleem op te lossen sterk uiteen. Verklaringen voor het feit dat Bob te laat op school komt kunnen dan ook heel divers zijn: van eenvoudige als de batterij in de digitale klok van zijn ouders is leeg, tot heel complexe, bijvoorbeeld dat de ouders van Bob geen waarde hechten aan het feit dat hij een goede opleiding krijgt of dat Bob lui is, dat hij problemen heeft met zijn klasgenoten of dat hij faalangst heeft, net zoals zijn moeder. Daarom zet de eenvoudige oplossing van de leraar om 'een wekker te kopen' niet alleen geen zoden aan de dijk, maar wordt hij ook nog eens als beledigend ervaren door Bob en zijn ouders. Bovendien kan het zijn dat Bob alleen op school te laat komt, maar niet bij andere gelegenheden, zoals bij film- of kerkbezoek of op de voetbaltraining.

Voor gecompliceerdere problemen, bijvoorbeeld waarom Bob slecht presteert ondanks zijn zeer hoge IQ-score, kunnen ingewikkeldere oplossingen nodig zijn. De behandeling begint dan ook meestal met een uitgebreid gesprek over de problemen.

Daarin komen de gedetailleerde geschiedenis van het ontstaan van de symptomen, een familieanamnese en een uitgebreide beschrijving van de problematische symptomen aan de orde. Ten tweede worden vermoedens geformuleerd over de oorzaak van het probleem, om de mogelijke oorsprong van het probleem en de causale factoren te achterhalen. Veel professionele trainingsactiviteiten benadrukken deze twee stappen. Pas nadat deze twee stappen voltooid zijn kan de derde stap gezet worden: het vinden van de oplossing van het probleem. Vervolgens geeft de therapeut de cliënt enkele adviezen ten aanzien van mogelijke oplossingen. De meesten van u zullen vertrouwd zijn met deze werkwijze, daar de meeste trainings- en scholingsprogramma's op dit medische of wetenschappelijke model zijn gebaseerd. Het is niet moeilijk u voor te stellen dat het probleem van onvoldoende therapietrouw of 'weerstand' een rol kan gaan spelen in dit model, omdat de mogelijke oplossingen door de professionals en niet door de cliënt bedacht worden.

Buiten de gevestigde kaders denken

De SFBT-visie verschilt sterk van deze traditionele visie. Sommigen beschrijven SFBT zelfs als 'leiding geven vanuit de achterhoede' (Cantwell & Holmes, 1994) en zien het als een niet-medische of zelfs niet-wetenschappelijke benadering. SFBT begint met het vaststellen van mogelijke oplossingen, dat wil zeggen van het resultaat dat de cliënt verwacht en wenst. Tijdens deze eerste fase kan de therapeut een heleboel te weten komen over de talenten en vaardigheden van de cliënt en over hoe deze tot ontwikkeling zijn gekomen. Zo leert de therapeut hoe hij deze vermogens kan gebruiken om tot oplossingen te komen. Dan begint de therapeut te onderzoeken hoe hij de cliënt kan aanzetten tot herhaling van eerdere successen, totdat het gewenste doel is bereikt. De focus ligt op het behouden en vergroten van de bestaande hulpbronnen van de cliënt of de omgeving en het bereiken van het doel dat de cliënt zich heeft gesteld. Daarom is gemakkelijk in te zien waarom de behandeling kortdurend is en dat het een gezamenlijke inspanning is. De cliënt krijgt weer vertrouwen in zichzelf en daardoor neemt ook de motivatie toe om de gewenste veranderingen te realiseren. Hij heeft immers zelf de oplossingen bedacht en weet wat nodig is om zijn doel te bereiken.

In dit boek laten we zien dat kinderen en SFBT goed samen gaan: hun werkwijze is vergelijkbaar. SFBT is op een inductieve manier ontwikkeld, dat wil zeggen dat eerst werd gekeken wat in de klinische praktijk werkt, waarbij alleen elementen werden gebruikt die werkten. Dat resulteerde in een zeer pragmatische benadering, die op gezond verstand is gebaseerd en die makkelijk geleerd kan worden, en waarbij de nadruk ligt op observatie en luisteren. Ofschoon de achterliggende aanname gemakkelijk en eenvoudig is, dienen we evenwel te benadrukken dat de praktijk toch behoorlijk wat discipline vergt en dat men probeert het zo eenvoudig mogelijk te houden.

Culturele competentie

We werken met cliënten met steeds meer uiteenlopende culturele, etnische en nationale achtergronden, hetgeen de komende jaren alleen maar vaker zal gebeuren. Deze diversi-

teit betreft niet alleen mensen van verschillende etniciteit, nationaliteit en culturele achtergrond, maar bestaat vaak ook binnen gezinnen. Jonge kinderen leren hun culturele en spirituele erfenis meestal van hun ouders en nemen snel aan wat ze van hun ouders leren over voedselsoorten, gewoonten, gebruiken, rituelen, waarden, enzovoort. Conflicten rond voorkeuren manifesteren zich sterk wanneer de kinderen in de puberteit komen. Alle adolescenten, onafhankelijk van hun achtergrond, hebben hun eigen ideeën en voorkeuren, en zijn in staat hun wensen aan hun ouders kenbaar te maken.

In allochtone gezinnen ontstaan vaak grotere verschillen tussen ouders en adolescenten dan in autochtone gezinnen. Tieners uit allochtone gezinnen willen vaak leven volgens de gewoonten van de heersende adolescentencultuur, vooral als ze er in opgroeien. Dat is begrijpelijk, zeker gezien de druk die adolescenten ervaren om zich te conformeren aan elkaar. Ze moeten zich net als de autochtone adolescenten gaan onderscheiden van hun ouders.

Wanneer het onderwerp culturele diversiteit ter sprake komt, in een universiteitscursus, tijdens een seminar, een conferentie of een supervisiegesprek, worden gewoonlijk de verschillen tussen de allochtone en de autochtone cultuur benadrukt. Onwillekeurig wordt daarbij het anders zijn van bijvoorbeeld Surinaamse of Chinese gezinnen benadrukt. Dergelijke onderzoeken naar verschillen zijn met de beste bedoelingen gedaan, in de hoop toekomstige therapeuten kennis te laten maken met de unieke aspecten van elke etnische groep. We maken ons zorgen dat een dergelijke nadruk op verschillen ongewild negatieve gevolgen zal hebben en de gezinnen en de hulpverleners onbedoeld een slechte dienst kan bewijzen. We denken dat een dergelijke benadering niet alleen tot ongelijkheid kan leiden, maar ook tot een te enge visie op etniciteit, waarbij gezinnen van verschillende etnische achtergronden onbedoeld gestereotypeerd en gecategoriseerd kunnen worden.

Ons wordt vaak gevraagd te beschrijven hoe de oplossingsgerichte benadering aan een brede variëteit aan culturen, settings en probleemconfiguraties kan worden aangepast. Het gaat namelijk om een diversiteit aan overtuigingen, gebruiken, waarden, levensstijlen, religies, enzovoort. Zoals we door het hele boek heen zullen laten zien, beschouwen en respecteren we cliënten als deskundig op het gebied van hun eigen leefwijze, hun eigen waarden, voorkeuren en tradities. Bovendien richten we ons op de overeenkomsten en niet op de verschillen tussen de therapeut en de cliënt. We denken dat nadruk op verschillen tot conflicten kan leiden, terwijl een nadruk op wat we gemeenschappelijk hebben bijdraagt aan een gevoel van eenheid en mensen samenbrengt. Onze ervaring leert ons dan ook iets anders dan te geloven dat slechts Surinaamssprekende therapeuten Surinaamssprekende cliënten kunnen en moeten helpen, dat alleen Chinese therapeuten Chinezen kunnen helpen, enzovoort.

Ook al kan het gemakkelijk zijn dat de therapeut dezelfde taal spreekt, zien we dat sommige allochtone gezinnen niet graag met therapeuten met dezelfde etnische achtergrond werken, omdat ze bang zijn dat hun probleem binnen hun eigen gemeenschap bekend wordt. In een ideale wereld zouden allochtone gezinnen natuurlijk kiezen voor allerlei soorten therapeutische hulp. De realiteit is helaas zo dat de keuze veel beperkter is en dat deze cliënten niet kunnen wachten tot er genoeg therapeuten uit hun eigen etnische groep zijn. Ze hebben onmiddellijk hulp nodig.

We geloven dat, ongeacht culturele en etnische verschillen tussen therapeuten en cliënten, alle mensen met respect behandeld, gewaardeerd en geaccepteerd, bemind en

gekoesterd willen worden. Iedereen wil het gevoel hebben een belangrijke bijdrage te leveren aan de gemeenschap. Ieder mens wil zijn wensen en verlangens gehoord en gerespecteerd zien. Onze ideeën over ouders en kinderen die in hoofdstuk 2 beschreven worden, gelden volgens ons voor de meeste culturen.

Een houding van niet-weten

SFBT ziet cliënten in het algemeen als deskundig inzake hun eigen situaties en oplossingen voor hun moeilijkheden. Deze bereidheid om van cliënten te leren is zelfs nog crucialer wanneer men met allochtone gezinnen werkt. Een dergelijke bereidheid komt tot uiting door te vragen wat de visie van de cliënt op een oplossing is en wat zijn of haar manier is om deze oplossing te realiseren. Zo kwam een Puerto Ricaanse moeder, die haar man pas had verloren, met haar veertienjarige zoon Enrico bij mij. Hij was betrokken geraakt bij een bende uit de buurt. Zijn moeder was terecht bezorgd, omdat Enrico niet alleen weigerde naar school te gaan, maar ook uren van huis wegbleef zonder haar te vertellen waar hij uithing. Toen hij ‘ondervraagd’ werd, zoals Enrico het omschreef, weigerde hij alle vragen van zijn moeder te beantwoorden. Hij gedroeg zich vriendelijk, maar wilde geen van mijn vragen beantwoorden – al deed ik mijn best hem niet te ‘ondervragen’.

Het was me niet duidelijk hoe ik Enrico kon helpen en daarom vroeg ik zijn moeder wat zij gedaan zou hebben als ze nog in Puerto Rico gewoond had. Zonder aarzelen antwoordde ze dat ze Enrico weggestuurd zou hebben om bij zijn oom, de oudste broer van zijn vader, te gaan wonen. Dat zou ze gedaan hebben als ze dicht bij haar familie gewoond had. Toen ik vroeg hoe dat Enrico zou kunnen helpen, vertelde ze dat zijn oom zeker blij zou zijn geweest hem in zijn gezin op te nemen en dat hij wel zou weten wat hij moest doen om Enrico weer op het rechte pad te krijgen. In feite was deze oom al vertrouwd met haar problemen met Enrico en had hij haar deze oplossing zelf aan de hand gedaan, maar zij dacht dat ze het zelf wel aankon. Dat was sinds haar mans dood echter steeds moeilijker geworden. Ze voegde hieraan toe dat een jongen van veertien jaar bijna een man was en dat hij de invloed van een man nodig had, iets wat zij niet kon bieden. De moeder belde later om de tweede afspraak af te zeggen en vertelde opgelucht dat Enrico op weg was naar Puerto Rico.

Deze houding van ‘niet-weten’ bepaalt alles wat we doen wanneer we met kinderen en ouders uit een andere cultuur en met andere gebruiken werken. Onze bereidheid om van hen te leren vormt de hoeksteen van ons klinisch werk.

Manieren om met ouders en tieners uit allochtone gezinnen te werken

We hebben ervaren dat het makkelijker is om de kloof tussen de generaties te verkleinen wanneer ouders hopen en wensen dat hun kinderen in de nieuwe omgeving (het land dat ze nu hun thuis noemen) zullen slagen. De verschillen in aspiraties en waarden tussen de generaties lijken groter te worden voor ouders die ooit terug willen keren naar het land van herkomst, dan voor die ouders die hun kinderen in de nieuwe omgeving willen zien slagen. Bij de laatste groep delen ouders en adolescenten dezelfde dromen en aspiraties voor de toekomst. Ouders die met hun kinderen naar hun geboorteland willen te-

rugkeren, kunnen we helpen met tijdelijke oplossingen, tot het moment dat ze naar 'huis' teruggaan.

Voor allochtone ouders die de taal nauwelijks spreken is het moeilijk om de gewoonten van het land aan te nemen, terwijl de adolescenten die in het nieuwe vaderland zijn opgegroeid praktisch geen herinnering aan 'het leven thuis' hebben. Voor deze kinderen is het moeilijk om dezelfde dromen als hun ouders te koesteren, omdat het leven in de nieuwe wereld het enige leven is dat ze kennen.

Korte contacten

De meeste allochtone gezinnen zijn geïnteresseerd in concrete hulp waar ze onmiddellijk en niet pas over weken of maanden profijt van hebben. De meeste allochtone cliënten, die vanuit een westerse standaard bezien vaak 'niet psychologisch denken', kunnen hun doelen en belangen vaak in onmiddellijke, meetbare termen beschrijven. Dergelijke cliënten zijn er bijvoorbeeld van overtuigd dat 'onze zoon zal luisteren, elke dag direct naar huis komt en alleen goede punten haalt'. Ze zijn dus perfecte kandidaten voor een kortdurende therapie. Wanneer ze niet snel vooruitgang zien, zijn ze waarschijnlijk niet nieuwsgierig naar de oorzaken daarvan. Ze zullen daarentegen snel concluderen dat de therapeut niet veel geholpen heeft en niet meer terugkomen. Bovendien maken veel allochtone ouders lange dagen en werken ze vaak tot laat in de avond. Toezicht op de kinderen is onmogelijk omdat de ouders bezig zijn voldoende te verdienen om te kunnen overleven. Daarom worden kinderen vaak aan hun lot overgelaten, waardoor de kans toeneemt dat ze in de problemen komen. Sommige praktische oplossingen voor deze onvermijdelijke situaties kunnen voor het kind een groot verschil uitmaken.

Het is dan ook belangrijk om, net als bij autochtone ouders, bij allochtone ouders uit te zoeken wat zij als een succesvolle behandeling beschouwen. Werken met allochtone cliënten en gezinnen betekent vaak dat u geconfronteerd wordt met veel traditionelere en meer hiërarchisch geordende gezinsverhoudingen. Daarom is het extra van belang respect te tonen voor de ouders. Het is bovendien veel beter de ouders als adviseurs van hun adolescent te beschouwen, dan als cliënten die hulp voor zichzelf zoeken.

Men kan heel gemakkelijk klem komen te zitten tussen ouders en kind of om, in sommige gevallen, de kant van de adolescent te kiezen. Dat komt omdat deze beter met therapeuten kunnen communiceren en omdat hun aspiraties en dromen gewoonlijk overeenkomen met die van de doorsnee adolescent. Vaak hebben de ouders de hulp van een tolk nodig om een gesprek te kunnen voeren. We merken dat dit onvoorziene voordelen heeft: de snelheid van de sessies moet iets omlaag omdat zowel de ouders als de therapeut op de vertaling moeten wachten. Omdat de sessies langzamer verlopen, kan de therapeut zich makkelijker richten op zijn hoofdtaken, zoals het bespreken van de doelen.

Oplossingsgerichte kortdurende therapie en kinderen: een natuurlijke combinatie

Men vraagt ons vaak of oplossingsgericht denken toegepast kan worden bij het werken met kinderen en, zo ja, hoe. De twijfel die achter deze vragen schuilgaat is begrijpelijk omdat de meeste hulpverleners terecht denken dat het werken met kinderen om benaderingen en technieken vraagt die minder afhankelijk zijn van het gebruik van taal dan het werken met volwassenen. Sommige hulpverleners geloven ook dat kinderen kwetsbaarder zijn en daarom gevoeliger voor schade die kan ontstaan doordat de therapeut hen niet begrijpt. Werken met kinderen wordt vaak als een mysterieus proces gezien, dat moeilijker te begrijpen is, omdat kinderen een beperkt vocabulaire hebben en vaak moeite hebben om zich tegenover volwassenen te uiten. We hopen dit proces te demystificeren, en het transparanter en praktisch uitvoerbaar te maken.

Leren hoe kinderen het doen

We geloven dat u als hulpverlener een heleboel kunt leren over kinderen door hen te observeren en met respect en aandacht naar hen te luisteren. Veel ouders hebben dit gedurende jaren met succes gedaan, niet dankzij een training, maar met liefde en waardering voor hoe uniek elk kind is qua temperament, eigenschappen en voorkeuren. Uw intuïtie is belangrijk en we willen u helpen om u op uw gemak te gaan voelen, zodat u plezier krijgt in het werken met kinderen. Wanneer u plezier met kinderen maakt, zullen ze leren dat hun gezelschap op prijs gesteld wordt, hetgeen zal bijdragen aan hun gevoel van eigenwaarde. We zullen enkele belangrijke en praktische punten beschrijven die u in gedachten kunt houden bij het werken met kinderen. Voordat we hier echter mee beginnen, dienen we eerst onze achterliggende ideeën over kinderen en hun ouders te beschrijven.

We gaan ervan uit dat kinderen, omdat hun taalvaardigheden nog niet volledig ontwikkeld zijn, communiceren met lichaamsbewegingen, blikken, fantasie, en met veel meer creatieve uitingen die ooit ook voor volwassenen gewoon waren, maar die ze vergeten zijn. Daarom vraagt het werken met kinderen een andere manier van observeren en luisteren. Het onderliggende principe is naar hen te luisteren om te leren hoe uniek elk kind is en hoe elk kind op unieke wijze betekenis geeft aan de wereld. Hoe meer respect we tonen, des te beter we kinderen de ruimte geven om hun eigen unieke persoonlijkheid te ontdekken en als individu te gedijen.

We geloven dat oplossingsgerichte kortdurende therapie en kinderen een goede combinatie vormen omdat er zoveel overeenkomsten bestaan tussen de manier waarop kinderen denken en betekenis aan de wereld geven en de onderliggende aannamen en werkwijzen van SFBT.