

# 1

## Van problemen oplossen naar construeren van oplossingen

*Beoordelingen omvatten onze conclusies over de oorsprong en oorzaken van de moeilijkheden van de cliënt en op die manier dienen ze als basis voor het vervolg van ons werk met de cliënt, de doelen die we bepalen, de interventies die we doen en de vooruitgang die we evalueren.* (Hepworth, Rooney & Larsen, 2002, p. 197)

*De cliënt construeert zijn of haar eigen oplossing uitgaande van zijn of haar sterke kanten en successen.* (De Shazer, 1988, p. 50)

Anneke, een collega van Peter, geeft een inleidende cursus aan hulpverleners. Om aan haar studenten duidelijk te maken dat ieder van ons al bestaande ideeën heeft over hoe anderen te helpen – zelfs voordat we onze beroepsgerichte opleiding beginnen – nodigt ze studenten uit mee te doen in een rollenspel. In een geval speelde ze Ilse na, het verhaal van een vrouw gebaseerd op dat van een van haar cliënten.

De professor vertelde haar studenten dat Ilse 23 jaar oud is en nooit is getrouwd. Ze is vijf maanden zwanger en heeft vier kinderen: twee jongens (8 en 6 jaar oud) en twee meisjes (3 en 2 jaar oud). Ze leeft van een bijstandsuitkering. Vervolgens vroeg Anneke haar studenten gezamenlijk een gesprek met Ilse te voeren, dat wil zeggen: die vragen te stellen waarvan ze vonden dat ze nodig waren om Ilse te helpen. Hier volgen de door hen gestelde vragen samen met de antwoorden van Ilse:

- Student:** Hoe voelt het om weer zwanger te zijn?
- Ilse:** Ik vind het niet fijn; ik ben de hele tijd ziek en ik heb geen enkele energie. Eigenlijk wil ik een abortus, maar ik kwam er te laat achter dat ik zwanger was, en nu ik in mijn vijfde maand ben, kan ik geen dokter vinden die het nog wil doen; ik zit dus opgescheept met weer een kind.
- Student:** Het klinkt alsof je niet weer zwanger wilde worden. Gebruikte je de pil?
- Ilse:** Nee, dat deed ik niet. De pil is duur en ik denk dat ik het geld niet had.
- Student:** Gebruikte de vader van de baby een condoom?
- Ilse:** Kijk, ik verdien wat bij door mannen over de vloer te krijgen en als ik aan al mijn klanten zou vragen een condoom te gebruiken, dan zou ik geen klant overhouden. Ja, ik weet dat ik eigenlijk geen mannen over de vloer zou moeten krijgen, zeker niet met kleine kinderen in de buurt, maar aan de bijstand alleen heb ik niet veel met vier kinderen, en het extra geld van de mannen helpt, en trouwens, ik heb ook dingen nodig.
- Student:** Wat kunnen we vandaag hier voor je doen?

- Ilse:** Ik word helemaal gek van alle dingen die ik moet doen voor mijn kinderen. Ik ben altijd moe, en ik bang dat mijn twee jongens weer in een internaat worden geplaatst omdat ik moeite heb om hen 's morgens naar school te krijgen.
- Student:** Hoe voelde je je toen je kinderen werden weggenomen?
- Ilse:** Vreselijk! Afschuwelijk! Ik jankte veel.
- Student:** Hoe was je eigen jeugd?
- Ilse:** Vreselijk. Ik was de oudste van zes kinderen. Ik had twee jongere broers die altijd thuis rondhingen en probeerden de oudere jongens een buzzer te laten dragen en hen drugs rond te laten brengen want het betaalt goed. Ik vertel mijn zoons zoiets niet te doen omdat het nergens toe leidt.
- Student:** Maar toch prostituteer je jezelf voor geld?
- Ilse:** Dat is anders.
- Student:** Hoe is dat anders?
- Ilse:** (Boos kijkend) Het is gewoon anders!
- Student:** Vertel me eens over het probleem dat je hebt met het naar school krijgen van je jongens.
- Ilse:** Ze willen 's morgens niet opstaan en ontbijten. Ik probeer het wel, maar ik voel me niet goed door de zwangerschap. Wanneer ik opsta, voordat zij dat doen en hun ontbijt klaarmaak, dan gaan de dingen beter. Maar meestal willen ze alleen rondhangen en tv-kijken. Ze zeggen dat ze van school niets wijzer worden en dat ze meer kunnen verdienen door te werken voor hun ooms: spullen rondbrengen.
- Student:** Wist je dat de meeste scholen schoolbegeleiders hebben die bij je thuis kunnen komen en je kinderen halen als ze niet komen opdagen op school? Misschien zou dat helpen. Je zou de hulp van een andere volwassene kunnen krijgen om ze de deur uit te krijgen.
- Ilse:** Misschien.
- Student:** Ilse, hoe gemotiveerd ben je om jezelf te helpen?
- Ilse:** Ik ben gemotiveerd. Maar ik ben niet zo zeker over de manier waarop jullie denken me te helpen.
- Student:** Heb je ooit gedacht aan het afstaan van de baby voor adoptie?
- Ilse:** Nee. Als ik het geboren laat worden, houd ik het. In geen geval geef ik het weg aan vreemden.
- Student:** Zo zit adoptie helemaal niet in elkaar. Zou je niet meer willen horen over hoe adoptie tegenwoordig werkt, voor je eigen welzijn en dat van je kind?
- Ilse:** Nee.
- Student:** Wat is je opleiding?
- Ilse:** Bij het begin van de middelbare school ben ik ervan afgegaan, omdat ik voor de eerste keer zwanger was.
- Student:** Hoe vond je het om van school af te moeten?
- Ilse:** Oké, ik hield toch niet zo van school.
- Student:** Zou je terug willen om je school af te maken?
- Ilse:** Nou ja, best, maar wie let er op mijn kinderen en hoe kom ik daar?

- Student:** Er zijn voorzieningen voor kinderopvang en je kunt de bus nemen. Heb je mensen in je omgeving die je zouden kunnen helpen, zoals je burens of je ouders?
- Ilse:** Mijn burens zitten in hetzelfde schuitje als ik; ik weet niet wie mijn vader is; mijn moeder is ziek en ze maakt zich altijd zorgen over haar andere kinderen.
- Student:** Vertel me eens over je relatie met je moeder.
- Ilse:** Die is wel goed nu, beter dan toen ik een kind was. Mijn moeder schold ons vaak uit en sloeg ons veel. Er werd veel gevochten. Ik moest altijd voor de kleintjes zorgen. Ze werd woedend op me toen ik zwanger werd en trapte me het huis uit.
- Student:** Daar zul je je verdrietig bij hebben gevoeld.
- Ilse:** Ja, het leven zit soms niet mee. Maar nu begrijp ik wel hoe zwaar het is om voor kinderen te zorgen en waarom ze ons behandelde zoals ze deed.
- Student:** Vind je dat je vaak dezelfde fouten maakt in de opvoeding zoals je moeder deed?
- Ilse:** Ja, ik schreeuw, en soms sla ik ze.
- Student:** Hoe voel je je als je je kinderen zo behandelt?
- Ilse:** Ik voel me waardeloos, nou goed? Maar ik word moe en ik kan het niet helpen.
- Student:** Heb je er ooit aan gedacht om een opvoedingscursus te volgen?
- Ilse:** Ja, dat is waarschijnlijk een goed idee, maar het lijkt me zoveel werk op dit moment.

Op dit punt aangekomen eindigde het gesprek, deels omdat de studenten geen vragen meer wisten te stellen en deels omdat Ilse niet verder wilde gaan. We zouden graag enkele opmerkingen willen maken over dit gesprek en speciaal over de aard van de vragen die de studenten kozen om aan Ilse te stellen. Deze vragen maken de vooronderstellingen van de studenten duidelijk over hoe ze dachten haar het beste te kunnen helpen. Ongetwijfeld waren de studenten erg bereid om Ilse te helpen.

Allereerst valt het op dat de studenten ervoor kiezen om veel vragen aan Ilse te stellen in plaats van bijvoorbeeld opmerkingen te maken over haar of haar instructies te geven. Deze invalshoek geeft aan dat de studenten dachten meer informatie over Ilse nodig te hebben om haar te kunnen helpen. Wat voor soort vragen stelden ze?

- **Vragen over problemen.** Sommige vragen gingen in de richting van mogelijke probleemgebieden in het leven van Ilse. De studenten vroegen Ilse over weer zwanger zijn, over zichzelf prostitueren, over het niet in staat zijn haar jongens naar school te krijgen, over het schoolverlaten, geen baan hebben en over fouten als ouder.
- **Vragen over fouten.** De studenten vroegen ook, soms direct en soms impliciet, aan Ilse of ze bepaalde acties had ondernomen. Deze vragen hadden een rechtstreeks verband met de probleemgebieden die de studenten hadden opgemerkt: ‘Gebruikte je de pil?’, ‘Gebruikte de vader van de baby een condoom?’, ‘Vind je dat je vaak dezelfde fouten maakt als je moeder deed in de opvoeding?’ Een duidelijke suggestieve werking van dit soort vragen is dat, als Ilse iets anders had gekozen

om te doen dan ze heeft gedaan, ze nu geen problemen zou hebben of minder ernstig.

- **Vragen over oorzaken.** We kunnen ook stilstaan bij vragen die gericht waren op het vinden van fouten in het verleden als pogingen om onmiddellijk praktische oorzaken van haar problemen te vinden, zoals het niet gebruiken van de pil en het stoppen met school. In het gesprek komen ook vragen over verder verwijderde oorzaken: ‘Hoe was je jeugd?’, ‘Vertel me eens over je relatie met je moeder.’ De studenten gedragen zich alsof ze eerst moeten weten waarom de problemen van Ilse bestaan, voordat ze haar kunnen helpen.
- **Vragen over oplossingen.** Een vierde groep vragen had betrekking op mogelijke oplossingen. Deze vragen waren vooral afkomstig van diegenen die probeerden uit te zoeken wat de problemen van Ilse waren en de oorzaken daarvan: ‘Zou je niet meer willen weten over hoe adoptie tegenwoordig werkt?’, ‘Zou je terug naar school willen om die af te maken?’, ‘Heb je er ooit aan gedacht om een opvoedingscursus te volgen?’ Gezien het feit dat deze vragen consistent gesteld werden na de vragen over problemen en oorzaken lijkt het erop dat deze studenten zich gedragen alsof mogelijke oplossingen zullen voortvloeien uit het begrip van de interviewer van de problemen van Ilse en hun oorzaken.

Terugkijkend naar deze vier typen vragen die we tot nu toe hebben genoemd, zijn er enkele opmerkingen mogelijk. Ten eerste valt tweederde van de door de studenten gestelde vragen in een of meer van deze vier categorieën. Ten tweede stelden ze de vragen in een herkenbare volgorde: vragen over probleemgebieden, gevolgd door vragen over onmiddellijke en ver verwijderde oorzaken, gevolgd door vragen over mogelijke oplossingen. Op basis van deze observaties geloven we dat deze studenten zich al een probleemoplossende benadering hebben aangeleerd met ideeën over hoe anderen het best geholpen kunnen worden. Er resteert nog een laatste type vraag.

- **Vragen naar gevoelens.** De meeste nog resterende vragen gingen over de gevoelens van Ilse: ‘Hoe voelde het om weer zwanger te zijn?’, ‘Hoe voelde je je toen je kinderen werden weggenomen?’, ‘Hoe voel je je als je je kinderen zo behandelt?’ Deze studenten geloofden op de een of andere manier dat een belangrijk aspect bij het helpen van Ilse was het haar laten vertellen over haar gevoelens.

## Helpen door problemen op te lossen

De aanpak van hulpverleners zoals impliciet in de vragen van deze beginnende studenten ligt besloten, lijkt veel op de aanpak zoals die in veel handboeken te vinden is op het gebied van therapie, psychologie en maatschappelijk werk. In deze handboeken is de inhoud vaak gecentreerd rond de fasen van de probleemoplossende benadering. (Hepworth, Rooney & Larsen, 2002; McClam & Woodside, 1994; Timberlake, Farber & Sabatino, 2002). In essentie is de in deze boeken beschreven aanpak een systematische uitwerking van de aanpak van de studenten bij Ilse.

## De fasen van problemen oplossen

Timberlake, Farber & Sabatino (2002) beschrijven de volgende fasen:

- **Beschrijving van probleem of problemen en verzamelen van gegevens.** Hierbij beschrijft de cliënt de zorgen waar hij verlichting voor zoekt. De hulpverlener stelt vervolgvragen om een gedetailleerd beeld te krijgen van de problemen van de cliënt, zodat een professionele probleemanalyse kan worden opgesteld.
- **Probleemanalyse.** Als het probleem is beschreven, bepaalt de hulpverlener de aard van het probleem van de cliënt en de zwaarte ervan. Bij het opstellen van de probleemanalyse maakt de hulpverlener gebruik van de beschikbare professionele kennis, classificaties, theorieën, onderzoeksbevindingen en ervaringsdeskundigheid.
- **Bedenken van interventies.** De hulpverlener stelt samen met de cliënt een aantal doelen vast en bedenkt een aantal interventies met het doel het probleem op te lossen of de negatieve gevolgen ervan te verminderen. Ook hier maakt de hulpverlener gebruik van zijn professionele kennis.
- **Interventies.** De probleemoplossende acties (interventies), die bedoeld zijn om het probleem te verlichten, worden uitgevoerd.
- **Evaluatie en vervolcontact.** Nadat de probleemoplossende interventies zijn uitgevoerd, stellen de cliënt en de hulpverlener de resultaten vast. De informatie van dit evaluatiemoment worden gebruikt om te beslissen of de uitgevoerde interventies succesvol zijn geweest. Als dat niet zo is, wordt het niveau van de interventie aangepast of worden er nieuwe interventies bedacht. Als de cliënt en de hulpverlener vinden dat het probleem is opgelost, is de behandeling ten einde en de cliënt stopt de behandeling. Vaak maken de hulpverlener en de cliënt dan nog afspraken over een vervolcontact ter preventie van terugval.

## Een waarschuwing: het belang van het ontwikkelen van vertrouwen

Hulpverleners zijn zich ervan bewust dat professionele hulpverlening niet gereduceerd kan worden tot slechts het oplossen van problemen. Lang geleden onderkenden hulpverleners dat het tot stand brengen van een vertrouwensrelatie met hun cliënten heel belangrijk is in het hulpverleningsproces. Hulpverleners weten dat cliënten waarschijnlijk geen gebruik zullen maken van hun diensten of adviezen zullen opvolgen als er geen sprake is van vertrouwen. Als gevolg hiervan wordt er een fase toegevoegd aan het hulpverleningsproces door degenen die publiceren en doceren over hulpverlening. Deze fase wordt gesitueerd voordat het oplossen van problemen begint en wordt aangeduid met 'het opbouwen van een vertrouwensrelatie'. Er wordt ook een laatste fase toegevoegd: de afrondingsfase. In deze fasen besteedt de hulpverlener extra aandacht aan elementen als gevoeligheid, warmte en empathie met het doel een vertrouwensrelatie te bewerkstelligen en te onderhouden met de cliënt.

## Het medisch model

Hulpverleners zijn bij hun probleemoplossende benadering sterk beïnvloed door het medisch model (Conrad & Schneider, 1985; Goldstein, 2002; Weick, 1992). Dit model ontstond eind negentiende en begin twintigste eeuw als resultaat van indrukwekkende prestaties op geneeskundig gebied. In die periode ontdekten onderzoekers als Louis Pasteur dat veel besmettelijke en levensbedreigende ziekten werden veroorzaakt door bacteriën. Deze nieuwe kennis leidde tot een werkmodel met de elementen diagnose en behandeling. Medici probeerden hun patiënten te helpen door te diagnosticeren welke ziekten hun symptomen veroorzaakten, om vervolgens de geschikte behandeling te verstrekken (tegengif). In het begin van de twintigste eeuw begon het aantal sterfgevallen door besmettelijke ziekten fors te dalen. De oorzaken van tuberculose, cholera, tetanus, difterie en tyfus werden ontdekt. De hoop groeide dat de verwoestende effecten van ziekten onder controle konden worden gebracht. Deze prestaties leidden tot groot vertrouwen in wetenschappelijke kennis als basis voor medisch handelen, en ook in het medische model van diagnose en behandeling.

## Probleemoplossen: het paradigma van de hulpverlening

Kuhn (1962) definieert een paradigma als een overkoepelend model; het geeft in een bepaald werkveld richting aan theorie, onderzoek en praktijk. Wij denken dat probleemoplossing het overheersende model is geweest in het veld van de hulpverlening. De toepassing van het medische model bleef gedurende de twintigste eeuw niet beperkt tot de somatische ziekten. Indrukwekkende biomedische vooruitgang bij het aanpakken van infecties waarbij specifieke oorzaken konden worden vastgesteld, beïnvloedden snel de manier waarop zowel professionals als leken aan gingen kijken tegen geestelijke ziekten, emotionele problemen, interpersoonlijke moeilijkheden en sociale problemen.

Wetenschappers hebben in de afgelopen honderd jaar onderzoek gedaan naar de aard en oorzaken van problemen op bijna ieder gebied van het menselijk bestaan. Het idee was dat we betere strategieën kunnen ontwikkelen als we de oorzaken van deze problemen begrijpen en ze zodoende kunnen oplossen en onder controle kunnen houden. De hulpverlening startte met het classificeren van problemen. De DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) van de in de psychiatrie werkzame beroepsgroep is hier een voorbeeld van. Andere voorbeelden zijn de psychopathologische categorieën van Freud (1966), de categorieën van discrepanties in interactieniveau in interpersoonlijke communicatie van Satir (1982) en een lijst van de hand van Germain en Gitterman met een indeling in psychosociale en omgevingsfactoren die stress veroorzaken (1980, 1996).

De hulpverlening is zeer gespecialiseerd geworden. Er wordt onderscheid gemaakt in het type probleem dat behandeld wordt en er wordt de voorkeur gegeven aan verscheidene verklaringen van problemen en oplossingen. Ondanks deze verschillen delen hulpverleners echter een aantal even belangrijke gemeenschappelijke waarden. Deze gemeenschappelijk gedeelde uitgangspunten zijn gebaseerd op het medisch model en vormen samen de basis voor het probleemoplossende paradigma. Laten we eens stilstaan bij deze uitgangspunten.

### **Eerste uitgangspunt: een probleemoplossende structuur**

Sinds de opkomst van het medisch model volgen de meeste hulpverleners dezelfde basisstructuur wanneer ze cliënten van dienst zijn.<sup>1</sup> Ze werken vanuit de vooronderstelling dat de hulpverlener eerst moet uitzoeken wat er met de cliënt aan de hand is, voordat ze deze kunnen helpen. Het maakt hierbij niet uit of de hulpverlener denkt in termen van het opstellen van probleemanalyses of het diagnosticeren van stoornissen. De kern van de vooronderstelling is dat er een noodzakelijk verband is tussen een probleem en de oplossing daarvan. Verschillende problemen vragen om verschillende oplossingen. De hulpverlener moet een accurate probleemanalyse maken om de geschikte interventie te selecteren die in ieder individueel geval het meest effectief is. Het is duidelijk dat deze vooronderstelling ook post heeft gevat onder leken. Cliënten vragen meestal aan de hulpverlener, nadat ze klaar zijn met het beschrijven van de problemen en symptomen: ‘Wat denkt u dat er aan de hand is? Ik kan er zelf niet achter komen.’

Deze probleemoplossende structuur is gebaseerd op het medisch model. Dit schrijft aan de medicus voor dat deze eerst de ziekte van de patiënt moet diagnosticeren alvorens in staat te zijn deze effectief te behandelen. Verschillende ziekten vereisen verschillende behandelingen, en iedere ziekte heeft een aparte aanpak voor genezing.

Een ander aspect van het medisch model is het idee dat het probleem van de cliënt en de oorzaak daarvan bestaan als objectieve realiteit, net zoals disfunctionerende organen, het ziekteproces, en bacteriën. De moderne geneeskunde heeft een aantal ziekteindelingen, diagnostische procedures en behandelingen voortgebracht. Zo hebben hulpverleners eveneens uitgebreide probleemcategorieën ontwikkeld met daaraan gekoppelde methoden van probleemanalyse en te gebruiken interventies. Sterker nog, gedurende een lange periode tijdens de twintigste eeuw gingen hulpverleners uit van een rechtstreeks verband tussen oorzaak en gevolg, dus geheel volgens het idee van lineaire causaliteit. Dit model is ook bijvoorbeeld van toepassing bij het gegeven dat bacteriën een orgaan in het lichaam aanvallen en een ziekte veroorzaken.

De meeste benaderingen in het veld van de geestelijke gezondheidszorg – ook al lijken ze verschillend – gaan uit van het idee dat er op de een of andere manier een verband is tussen probleem en oplossing. (Dit gaat zelfs op voor de systeemleer die eenvoudigweg een circulair in plaats van een lineair oorzaak-gevolgmodel omvat). In hoofdzaak verschillen de benaderingen wat betreft hun categorisatie van problemen, methoden van probleemanalyse en interventietechnieken. Psychologen zijn bijvoorbeeld op zoek naar andere problemen dan algemeen maatschappelijk werkers, waarbij ze gebruikmaken van andere technieken van probleemanalyse. Psychologen stellen gewoonlijk een probleem vast aan de hand van psychodiagnostisch onderzoek en stellen dan een DSM-IV-classificatie op. Maatschappelijk werkers daarentegen stellen de problemen vast aan de hand van probleemanalytische instrumenten, als genogrammen en schema's over de omgeving, om ze vervolgens te classificeren in termen van systemische interacties van de een of andere soort. De gevonden problemen en de namen die eraan worden gegeven verschillen, maar de structuur van het hulpverleningsproces blijft dezelfde.<sup>2</sup>

### **Tweede uitgangspunt: zich baseren op wetenschappelijke kennis**

Het tweede uitgangspunt is een uitbreiding van het eerste. Als verschillende problemen verschillende oplossingen vereisen, dan is het belangrijk voor hulpverleners om weet te hebben van verscheidene problemen, probleemanalysemethoden en interventietechnieken. Sterker nog, als de problemen van de cliënten worden gezien als objectieve realiteiten (dat wil zeggen: dat ze los van degene die ze kent, bestaan) dan kunnen ze wetenschappelijk bestudeerd worden. Wanneer de wetenschap meer kennis heeft verzameld over de problemen, kan deze kennis bijgebracht worden aan hulpverleners als basis van waaruit ze cliënten kunnen helpen. Deze wetenschappelijke kennis over verschillende problemen en hun verschillende oplossingen vormt samen met de kunde deze praktisch toe te passen de deskundigheid van de geestelijke gezondheidszorg.

## **Oplossingsgericht helpen**

De algemene structuur van probleemoplossen – eerst de aard van het probleem vaststellen en dan interveniëren – beïnvloedt de inhoud van de interactie tussen hulpverleners en cliënten. Gewoonlijk vragen hulpverleners aan hun cliënten heel veel tijd te besteden aan het beschrijven (en soms analyseren) van het wie, wat, wanneer, waar en waarom van hun problemen, met het doel voldoende informatie te verkrijgen voor een accurate probleemanalyse. Cliënten vullen in deze fase vaak uitgebreide intakeformulieren in met informatie over henzelf, hun gezinnen, hun arbeidsverleden en andere aspecten van hun leven. Er kan aan ze gevraagd worden een opsomming te geven van problemen die ze gehad hebben, en om probleemanalytische instrumenten in te vullen, zoals persoonlijkheidstests en vragenlijsten over gezinsinteracties. Door het gebruik van deze instrumenten proberen hulpverleners zo grondig mogelijk hun werk te doen alsook zichzelf te beschermen tegen klachten over onzorgvuldig handelen door derden. Wanneer de probleemanalyse rond is, maken de meeste hulpverleners wederom gebruik van hun deskundigheid over problemen en daaraan verbonden interventies. Ze verschuiven de aandacht dan naar het toepassen van interventies. De interactie tussen cliënten en hulpverleners richt zich als resultaat hiervan op problemen.

### **Zorgen over het probleemoplossend paradigma**

De laatste vijftien jaar geven steeds meer schrijvers uiting aan hun zorgen over de nadruk in het veld op problemen en wetenschappelijke kennis. Laten we eens kijken naar enkele van deze zorgen.

#### **Problemen van cliënten zijn geen puzzels**

Julian Rappaport (1981) doet de boude uitspraak dat de meeste, zelfs bijna alle, moeilijkheden die cliënten ertoe brengen naar hulpverleners te gaan, heel weinig gelijkenis vertonen met de ziekten waar het medisch model voor ontworpen was. Ziekten die een gevolg zijn van fysiologische processen, zoals de werking van bacteriën of de effecten van besmetting van buitenaf, zijn meer het onderwerp van problemen zoals de



natuurwetenschappers die bestuderen. De moeilijkheden van cliënten die aangepakt worden door de geestelijke gezondheidszorg zijn van een heel andere aard. Ziekten en probleemanalyses van de natuurwetenschappen lijken op puzzels. Puzzels kunnen extreem complex zijn wanneer ze uit vele kleine stukjes bestaan, maar omdat alle stukjes bestaan, kunnen er oplossingen worden gevonden. Dit gaat op, of de oplossing nu is het ontdekken van een bacterie die verantwoordelijk is voor kippencholera, het uiteenrafelen van DNA of de voorspelling van de precieze baan van planeten rond de zon. Rappaport beweert dat het type onderzoek en lijn van redeneren om dit soort problemen op te lossen, convergeert – in een punt samenkomt – tot de oplossing. Dat wil zeggen dat in een bepaald tijdsbestek toenemend fundamenteel en ingenieus onderzoek verschillende oplossingen oplevert. Deze oplossingen worden geleidelijk geïntegreerd in de richting van het juiste antwoord. Experimenteel onderzoek is een voorbeeld van convergerend, rationeel onderzoek en is zeer succesvol gebleken in het oplossen van wetenschappelijke en medische puzzels.

De problemen die hulpverleners tegenkomen, zijn anders dan puzzels. Meestal hebben deze problemen niet één enkel juiste oplossing. Een gezin kan bijvoorbeeld hulp zoeken omdat er conflicten zijn tussen de ouders en de kinderen. Misschien werken beide ouders, en misdragen de kinderen zich na schooltijd en maken de indruk meer aandacht van hen te willen. De hulpverlener kan de neiging hebben om te adviseren dat een van de ouders minder gaat werken om meer tijd te besteden aan de kinderen. Deze oplossing echter kan de werkprestatie van de ouder aantasten en als gevolg daarvan deze ouder angstiger maken, waardoor dit weer een negatieve uitwerking kan hebben op de interactie tussen ouder en kind.

De hulpverlener realiseert zich snel dat, als hij deze casus overdenkt, de geschikte oplossing zal afhangen van de individuele behoeften van de ouders op dit moment in hun leven, alsmede van hun ervaringen met opvoeden en hun culturele waarden met betrekking tot werk en opvoeding. Er is niet één bepaalde oplossing voor zo'n probleem, omdat individuen en hun percepties op het leven zo verschillend zijn. Als een gevolg hiervan beweert Rappaport (1981) dat divergerend denken meer geschikt is voor de geestelijke gezondheidszorg. Bij divergerend denken onderzoekt de hulpverlener meerdere verschillende perspectieven ten aanzien van het probleem en zoekt hij naar mogelijke werkzame oplossingen. Divergerend denken kent evenveel gewicht toe aan de percepties van de cliënt als aan de expertise van de hulpverlener met het doel om cliënten te helpen.

### **Aandacht richten op versterking en op de krachten van de cliënt**

De missie van hulpverleners is hun cliënten sterker te maken om te komen tot productievere en bevredigender levens. Blundo (2009), Rappaport (1981, 1990), Saleebey (2009), Schon (1983) en Weick, Rapp, Sullivan, Kishardt (1989) en anderen benadrukken dat de huidige dominante nadruk van het veld op problemen van cliënten en op oplossingen van experts de aandacht afleiden van deze missie.<sup>3</sup> Als hulpverleners de aandacht richten op probleemcategorieën of ziekte-indelingen, kunnen cliënten ontmoedigd raken. Ze zouden zich kunnen ervaren als slachtoffers van een ziekte of een stoornis, zoals alcoholisme of het disfunctionele gezin. Het versterken van cliënten daarentegen betekent 'mensen helpen de aanzienlijke hoeveelheid kracht in zichzelf, hun gezin en in hun buurt te ontdekken' (Saleebey, 2009, p. 11).

Saleebey noemt zijn versie van het bemoedigen van mensen het sterkteperspectief. Hij benoemt de basisassumpties hiervan in een overzicht van werk van soortgelijk denkende auteurs:

- 1 Ondanks de moeilijkheden in het leven beschikken mensen over sterke kanten die aangesproken kunnen worden om de kwaliteit van leven te verbeteren. Hulpverleners zouden sterke kanten moeten respecteren evenals de manier waarop cliënten deze willen gebruiken.
- 2 De motivatie van cliënten neemt toe door een constante nadruk te leggen op de sterke kanten, zoals de cliënt die definieert.
- 3 Voor het ontdekken van sterke kanten is er een proces van coöperatieve exploratie vereist tussen cliënten en hulpverleners: de experts – de hulpverleners – hebben niet het laatste woord over wat de cliënten moeten verbeteren in hun leven.
- 4 Het zich richten op sterke kanten maakt dat hulpverleners niet in de verleiding komen om de cliënten te veroordelen voor of de schuld te geven van het hebben van moeilijkheden, en in plaats daarvan leren ontdekken hoe cliënten erin geslaagd zijn te overleven – zelfs in de moeilijkste omstandigheden.
- 5 Iedere omgeving, zelfs de meest fletse, bevat hulpbronnen.

De notie van Saleebey over versterking en de daaraan ten grondslag liggende assumpties staan duidelijk in contrast met de traditionele probleemoplossende benadering. Saleebey wijst hulpverleners erop om in gezamenlijke exploratie met hun cliënten te ontdekken wat hun persoonlijke krachten en hulpbronnen zijn om hun zorgen aan te pakken, in plaats van zich te richten op de problemen. Hij gelooft dat de referentiekaders en de percepties van cliënten over wat het meest nuttig zou zijn om een meer bevredigend leven te creëren even zwaar telt, of zelfs zwaarder telt, dan wetenschappelijke kennis over problemen en oplossingen. Kort gezegd, wil hij de aandacht voor problemen vervangen door aandacht voor de sterke kanten van cliënten.

*‘We moeten weten wat ze hebben gedaan, hoe ze dat hebben gedaan, wat ze ervan geleerd hebben, welke hulpbronnen (innerlijk en extern) beschikbaar waren in hun strijd om hun problemen te boven te komen. Mensen zijn altijd bezig met hun situatie, zelfs in hun beslissing om zich ervan af te keren; als hulpverleners moeten we in contact komen met dat werk, het verhelderen, hieruit mogelijkheden destilleren en erop voortbouwen.’ (Saleebey, 2009, p. 287)*

Dit is een afschrikkende uitdaging; de geestelijke gezondheidszorg heeft lang gewerkt aan het genereren van praktische vaardigheden die passen bij het oplossen van problemen. Tot op heden bestaat de literatuur over versterking en het sterkteperspectief hoofdzakelijk uit filosofische, praktische principes en uit algemene gebieden om te onderzoeken op mogelijke krachten; het is niet rijk aan technieken. Als de uitdaging van Saleebey wordt geaccepteerd, moeten er nieuwe praktische vaardigheden worden ontwikkeld, gedoceerd en toegepast bij cliënten. Dat werk heeft een goede start gemaakt. In de laatste 25 jaar is er een groeiende ontwikkeling van competentiegericht, meer collaboratieve benaderingen die werken met cliënten. (Berg, 1994; Cade & O’Hanlon, 1993; De Shazer, 1985, 1988; Durrant, 1993; Freedman & Combs, 1996; Gilligan & Price, 1993; Greene, 2007; Miley, O’Melia, & DuBois, 2011; Rapp, 1998;