

Samen werken aan beter

Een oplossingsgerichte deeltijdtherapie voor militairen en veteranen met psychiatrische problemen.

Hort Scheffer is gz-psycholoog en werkt als psychotherapeut en coördinator deeltijdbehandelingen bij de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg te Utrecht.

Dit artikel beschrijft hoe de oplossingsgerichte methodiek wordt gebruikt binnen een (resocialiserende) deeltijdsetting voor militairen en veteranen met psychiatrische problematiek. Het gaat in op de keuze voor deze methodiek in combinatie met onze behandelvisie en ons mensbeeld, en legt uit waarom het oplossingsgericht werken samen met de voordelen en groepsdynamische elementen van groepswork tot goede behandelresultaten leidt en een prettige manier van werken vormt.

De Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) is de ggz-instelling van Defensie en is verspreid over vier locaties in het land. De MGGZ heeft als missie het voorkómen en behandelen van psychosociale problematiek en psychische stoornissen of het draaglijk maken van de gevolgen ervan, zodat de (ex-)militair optimaal kan functioneren als mens en militair en hij of zij maximaal inzetbaar is. Dat we specialist zijn in het behandelen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en andere traumagerelateerde stoornissen en problemen die aan uitzendingen zijn gerelateerd, zal voor niemand een verrassing zijn. Toch maakt dit maar een bescheiden deel uit (ongeveer 15% tot 20%) van het geheel aan problemen en stoornissen waar militairen mee kampen. Andere veel voorkomende stoornissen zijn angst- en stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Zoals bij het behandelen van PTSS, maken we ook bij het behandelen van andere stoornissen gebruik van evidence based diagnosegerelateerde zorgprogramma's. Behandelingen vinden plaats in klinische, deeltijd- en ambulante setting en bestaan uit korte behandelingen waar dat kan en waar nodig uit gespecialiseerde, langdurende therapievormen.

Een van de hoofdpunten die voortvloeit uit onze missie dat iedere militair en veteraan optimaal kan functioneren in de samenleving, is het afstemmen van het zorgaanbod op de mening en wensen van de cliënt. Zo krijgt de cliënt de zorg die bij hem of haar past en gebaseerd is op een overeenkomst tussen cliënt en hulpverlener, waarbij we gebruikmaken van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt. Uit deze behandel filosofie volgt dat we met de cliënt samenwerken in een gedeelde verantwoordelijkheid en we samen doelen opstellen die zo concreet (SMART) mogelijk zijn. Hierbij gaan we, onafhankelijk van de stoornis, uit van de veerkracht van ieder mens, het vermogen te herstellen en het in staat zijn om zelf oplossingen te bedenken en keuzes te maken (autonomie). De oplossingsgerichte therapie volgt als vanzelfsprekend uit deze behandel filosofie en dit mensbeeld.

Oplossingsgerichte therapie

Oplossingsgerichte therapie is ontwikkeld door De Shazer, Berg en collega's van het Brief Family Therapy Center in de Verenigde Staten (Bannink, 2009). Oplossingsgerichte therapie is doelgericht en focust op het versterken van de autonomie van cliënten, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar uitzonderingen en oplossingen in plaats van naar het probleem en de tekorten, of naar het uitvoerig analyseren van een probleem (Bakker & Bannink, 2008). De therapeut helpt de cliënt om zich een toekomst voor te stellen waarin het probleem zich oplost (Quick & Gizzo, 2007). Vanuit het oplossingsgerichte kader zien we de cliënt als expert die de capaciteit heeft zelf tot oplossingen te komen, en als iemand die zelf de verantwoordelijkheid neemt voor de eigen probleemsituatie en zijn gedrag. De belangrijkste taak van de therapeut is om de cliënt te helpen dit intrinsieke potentieel te ontdekken en de cliënt in een positieve richting te leiden die de cliënt samen met de therapeut definieert (Cepeda & Davenport, 2006). De focus is op het heden en de toekomst, die we zien als optimistisch en hoopvol, en op het (her)ontdekken van sterke en gezonde eigenschappen, uitzonderingen en hulpbronnen. Door de (gedrags)verandering die hierdoor ontstaat, denken we dat cliënten zichzelf beter leren begrijpen, zichzelf meer leren accepteren en leren zich te richten op hun kwaliteiten, waarbij ze de mindere aspecten realistisch leren benaderen. Onze sterke veronder-

stelling is dat hierdoor het fundament en de draagkracht verstevigt en het gevoel van welbevinden en het algeheel functioneren verbetert.

De voordelen voor de militaire doelgroep

Naast de passendheid van het oplossingsgericht werken bij onze behandelfilosofie en ons mensbeeld, sluit deze manier van werken ook goed aan bij een aantal kenmerken van de doelgroep van (ex-)militairen, en bij de hulpverleners. Door onder andere het geven van voorlichting en preventieve trainingen is de drempel naar de hulpverlening bij onze doelgroep de afgelopen jaren verlaagd. Toch is het voor velen nog een grote stap om zich over te geven aan een hulpverleningscontact en te praten over psychische problemen. Vanuit de aard van het werk van de militair en vooral bij het operationeel optreden, is het noodzakelijk de touwtjes zelf strak in handen te houden, en wordt er een sterk beroep gedaan op het houden van controle en autonomie. Door deze vorming in opleiding en werk hebben veel militairen een sterk ontwikkelde controle- en autonomie-behoefte. Waar in sommige therapievormen deze behoeften onder druk staan, worden ze hier juist gebruikt en krijgen ze de ruimte. Cliënten reageren verrast als zij merken dat we ons vooral richten op 'doen' en minder op 'praten over' en als zij merken dat zij zelf mogen en moeten meedenken en meebepalen over het onderwerp waar de behandeling zich op richt. Dit proces van het 'samen met elkaar oplopen', waarbij een

actieve participatie van de cliënt wordt gevraagd, leidt ons inziens tot het zelf vinden van waardevolle ingrediënten voor verandering en daarmee tot een positieve verwachting over de uitkomst van de behandeling.

Niet alleen de cliënt maar ook de hulpverlener vaart wel bij deze manier van werken. Als reactie op het appèl van cliënten, zijn veel hulpverleners geneigd goed voor de cliënt te zorgen door zelf hard aan de slag te gaan. Zo ook bij de MGGZ. Dit leidde er in het verleden toe dat er soms weinig secuur geluisterd werd naar de ideeën en mening van de cliënt, waardoor cliënten aan therapievormen deelnamen waarvan ze niet wisten hoe het hun zou gaan helpen en die niet aansloten bij de eigen behoeften. Hierdoor ontstonden gestagneerde processen van trekken en duwen, bij de cliënt steeds meer verzet, hopeloosheid en soms drop-out, en bij therapeuten wanhoop en onmacht. Beiden raakten soms uitgeput. Volgens onderzoek van Lafountain en Garner (1996, in Visser & Schlundt Bodien, 2008) naar het effect van oplossingsgericht werken op professionals, leidt de oplossingsgerichte methodiek juist tot minder emotionele uitputting en het gevoel meer voor de cliënt te kunnen betekenen. Deze ervaring wordt gedeeld onder de hulpverleners die bij de MGGZ werken met de oplossingsgerichte methodiek.

De MGGZ gebruikt de oplossingsgerichte methodiek zowel in klinische als in ambulante en deeltijdsetting. De ‘oplossingsgerichte deeltijd’ combineert de voordelen van een groep (onder andere door herken-

ning, delen van kennis en uitwisselen van succeservaringen) met de meer intensieve behandelvorm van een deeltijd vanuit het oplossingsgerichte, gedragsmatige kader. De verbindende factoren in deze groep zijn de gezamenlijke wens tot ‘beter functioneren’, het samenwerken met elkaar en het (ex-)militair zijn en verbinding wordt niet zozeer gevonden in de oorzaak van de problematiek. Het gebruiken van deze methodiek in een groepssetting geeft een positieve match met onze doelgroep aangezien veel militairen gewend zijn in groepen samen te werken en te trainen. Hierbij staan een doelmatige, concrete manier van doen (en denken) op de voorgrond en worden bij trainingen en oefeningen in hun werkveld telkens door instructeurs dezelfde vragen ter evaluatie gesteld: wat gaat er goed en wat kan beter? Op deze soms impliciete kennis en ervaring kunnen wij en zij voortbouwen. Het hierdoor relatief gemakkelijk kunnen samenwerken in een groep vormt een belangrijke factor en voordeel in het versterken van (gedrags)verandering. Hiernaast biedt de ‘oplossingsgerichte deeltijd’ een relatief korte behandelperiode (zes maanden), waarbij het streven is de cliënt niet langer dan nodig uit het werkproces weg te halen en de cliënt gestimuleerd wordt het werk (weer of volledig) op te pakken.

Een andere factor die een groot gedeelte van onze doelgroep met elkaar gemeen heeft is de confrontatie met situaties in hun werk (onder andere door het meemaken van traumatische ervaringen) waarbij het tegenovergestelde van de gevoelens van controle

en autonomie werd ervaren, namelijk onmacht, angst en kwetsbaarheid. Impliciet en expliciet is er binnen de zorg die de MGGZ biedt veel erkenning en waardering voor het werk dat (ex-)militairen in vaak moeilijke en gevaarlijke omstandigheden hebben uitgevoerd. Dit gebeurt bijvoorbeeld door de grote kennis van het bedrijf bij de hulpverleners (waarvan de meesten zelf militair zijn), de aansluiting bij hun taal (vakjargon) en het actief stil staan bij de impact van deze ervaringen. Hoewel deze deeltijdbehandeling zich niet richt op het uitvoerig terugkijken of verwerking, is er ruimte om te vertellen wat cliënten hebben meegemaakt en worden moeilijke gevoelens benoemd en gevalideerd. Daarna richten we ons op het (leren) accepteren van moeilijke gevoelens die worden opgeroepen, op het leren aanvaarden van deze soms onveranderbare ervaringen en op het vinden van een effectieve coping. Ook hierbij worden groepsleden uitgenodigd te vertellen over wat hen hierbij helpt.

Inclusie, opzet, therapeutisch klimaat en therapieonderdelen

De oplossingsgerichte deeltijdbehandeling is geschikt voor cliënten die zichzelf ten minste ten dele als probleemeigenaar beschouwen en de uitdaging durven aan te nemen om te leren ervaren dat de verandering van het eigen gedrag mede de sleutel is tot het behalen van doelstellingen. Tevens moet de cliënt in staat zijn om, met ondersteuning waar nodig, een eigen hulpvraag en (SMART-)doelen te formuleren in posi-

tieve, concrete en haalbare gedragstermen. Hierbij kunnen doelen zich op verschillende gebieden bevinden zoals dagbesteding, dagnachtritme, sociale contacten, zelfredzaamheid, en coping. Daarnaast ziet de cliënt nadrukkelijk de meerwaarde van groepstherapie (van en met anderen willen leren) en kan hij zich conformeren aan groepsregels. Tijdens de intakefase staan we hier uitgebreid bij stil, waarbij we uiteraard een belangrijke ander betrekken en de cliënt zorgvuldig voorbereiden. Uit ervaring (en de literatuur) blijkt een gedegen voorbereiding een van de succesfactoren van groepstherapie (onder andere Yalom & Leszcz, 2005). Ook is het van belang dat de cliënt het vermogen heeft om te (kunnen) mentaliseren en over enige mate van sociale competentie beschikt. In dit artikel worden de exclusiecriteria niet besproken.

Voorbeelden van cliënten die gebruikmaken van deze deeltijdbehandeling; de cliënt met een opknappende depressie die zoekt naar een betere daginvulling, de cliënt die na een detox zijn leven opnieuw wil inrichten en de cliënt met een chronische PTSS die (nog) niet inhoudelijk te behandelen is en wil ontdekken waarin hij ontspanning kan vinden.

Joris (27, militair) heeft een PTSS, zit ziek thuis en is het contact met zijn omgeving kwijtgeraakt. Hij heeft moeite zijn dag te structureren en zit tot diep in de nacht te gamen. Door trauma-inhoudelijke behandeling zijn de PTSS-symptomen iets afgenomen maar niet geheel verdwenen.

Dat zorgt voor frustratie en verdriet. Joris kiest ervoor zijn leven meer in eigen handen te nemen door zich te richten op wat (hij) wel kan. Tijdens de intake voor de groep formuleert Joris een aantal van zijn doelen als volgt: na behandeling heb ik structuur in mijn dag, vind ik plezier in de dingen die ik overdag doe, heb ik vrienden uitgelegd dat ik het moeilijk heb en ervaar ik steun.

Deze deeltijdbehandeling is een open, zes maanden durende groep van acht cliënten en bestaat uit één dag therapie in de week met een doelenbespreking, oplossingsgerichte groepstherapie, activiteitentherapie en een dagsluiting. De dag heeft een sociotherapeutisch karakter waarbij overdracht van het ene naar het andere therapieonderdeel plaatsvindt in bijzijn van de cliënten. Zij vullen belangrijke informatie aan en zijn hierdoor, ook aansluitend op onze behandelfilosofie, mede verantwoordelijk voor een goed vervolg van de dag. We werken met positieve bekrachtiging (waar het goed of beter gaat in het behalen van doelen) en met modellering, sturing, complimenten, steun, en activering van hulpvragend gedrag waar doelen nog niet gehaald worden. Therapeuten zijn creatief, optimistisch en hebben een flexibele houding en kiezen de interventies die passen bij de cliënten die zij in de groep hebben en passen bij de draagkracht en het tempo van de groep. Zij leggen verbinding naar de thuissituatie en de eventuele (toekomstige) werksituatie. In het ver-
lengde van ons mensbeeld zien we de cliënt

hierbij als samenwerkingspartner die eigen keuzes maakt en beschikt over bruikbare competenties.

Eens in de negen weken bespreken we in een individuele evaluatie, samen met een belangrijke ander, de voortgang en stellen cliënten hun doelen bij. Hiervoor vullen zij van te voren een evaluatieformulier in dat hen stimuleert het eigen proces te overzien en in handen te houden. Cliënten zijn klaar als zij hun doelen bereikt hebben of (in enkele gevallen) door kunnen naar een op de stoornis gerichte vervolgbehandeling.

De taak van de groep is het gezamenlijk uitwerken en uitwisselen van succeservaringen, leren denken in termen van kansen en mogelijkheden en exploreren van gedragsalternatieven. Cliënten brengen zelf materiaal in (ervaringen, vragen, werkpunten), luisteren en reageren op de inbreng van de ander, en staan open voor elkaars feedback. Cliënten gaan, zelf en ondersteund door elkaar en de therapeuten, op een actieve manier, zowel in de verschillende therapieonderdelen als in hun dagelijks leven aan de slag met hun doelen. Cliënten houden hun doelen bij in een schrift en nemen dit elke week mee naar de deeltijdbehandeling.

Joris is aanvankelijk stil en beantwoordt vragen vanuit wat er allemaal niet lukt en mis gaat. Hij raakt geprikkeld door de doelgerichte instelling van Peter, die door een scheiding in een depressie was beland. Peter vertelt hem dat hij er in het begin ook zo had bijgezet en had geleerd dat het richten op wat wel lukt een sterker gevoel

geeft van waaruit hij gemakkelijker op anderen afstapt.

Therapieonderdelen: De dag start met een doelenbespreking. Dit is een belangrijke voorbereiding op de dag omdat cliënten hier hun doelen formuleren en aandachtspunten voor de dag kiezen, waarbij ze gebruikmaken van de verpleegkundige en elkaar om deze SMART op te stellen.

In de groepstherapie werken therapeuten en de groep succeservaringen op detailniveau uit (wat deed je, wat helpt je, hoe lukte je dat?). Naast concrete doelstellingen die deze werkwijze oplevert voor de komende week, creëert het ruimte voor gevoelens van succes, trots en enthousiasme.

Valideren van deze gevoelens heeft een multiplicerend effect en versterkt de motivatie. De houding is structurerend, directief en waar nodig steunend. Therapeuten helpen cliënten een gewenste toekomst te beschrijven en laten cliënten zoeken naar oplossingen die ze zelf al in huis hebben maar misschien nog te weinig toepassen. Om dit te bereiken werken zij met vragen die de kracht van cliënten naar boven haalt en geven zij erkenning voor in het verleden behaalde successen.

Activiteitentherapie (AT) richt zich op het ontwikkelen van het vermogen van de cliënt om een zinvolle tijdsbesteding te ontwikkelen. Hiervoor gebruikt de therapeut creatieve middelen en spreekt zij de gezonde kant van de cliënt aan: wat kan en wil je nog wel? Daarnaast is er aandacht voor egoversterking, het reduceren van spanning en het vergroten van zelf-

vertrouwen. De therapeut spoort de cliënt aan om te onderzoeken: wat doet me goed, waar word ik gelukkig van... of iets minder ongelukkig. De therapeut heeft een activerende houding en helpt doelen te vertalen en op te delen in haalbare en kleine AT-doelen, zodat de cliënt binnen de therapie succeservaringen op kan doen. Samen onderzoeken zij wat er toe heeft bijgedragen dat deze succeservaring mogelijk werd.

De dag sluit af met een kort blok waarin we cliënten uitdagen hun successen te benoemen en deze te bestendigen door ze op te schrijven.

Bij AT weet Joris niet wat hij moet doen. Door het lokaal rond te lopen en niets te 'moeten', vindt hij de tweede keer iets dat hij herkent van vroeger en leuk vond; houtbewerking. Hij gaat hard aan de slag met het maken van een tafeltje voor zijn broer die hij als grote steun ervaart maar weinig ziet. Hij leert dat het niet in een keer af hoeft en dat het helpt als hij zijn energie spreidt.

Groepsdynamica en reflectie

De therapeuten stimuleren interacties tussen de groepsleden en stimuleren van elkaar te leren door zelf daarin het voorbeeld te zijn (niemand is onfeilbaar) en een sfeer van nieuwsgierigheid, openheid en 'niet weten' te creëren. Dit is tevens een belangrijke groepsnorm. Een andere belangrijke norm is het praten over het heden en de toekomst. Hierbij is van grote waarde

dat cliënten erop kunnen vertrouwen dat er respect is voor de oorzaak van hun problemen zonder dat we daar in de groep lang bij stilstaan. Het praten over mogelijkheden en kansen is een groepsnorm die direct uit het therapeutisch kader voortkomt.

De grote mate van autonomie en het duidelijke kader, dat consequent wordt toegepast en waarin therapeuten doen wat werkt en aandacht hebben voor wat nodig is om vooruit te komen, zorgen voor een sfeer van 'samen doen we het beter'. Dit geeft houvast en veiligheid van waaruit uitdagingen te overwinnen zijn en brengt in de cliëntengroep een sterke groepscohesie waarin discussies kort blijven en samenwerken goed mogelijk is, ondanks grote verschillen in diagnoses en achtergrond. De groepscohesie is ook sterk door het expliciet stilstaan bij elke stap die een cliënt in de goede richting zet, en door de overeenkomst in het militaire beroep. Ook in het team wordt een sterke cohesie opgemerkt. Een voorbeeld van zo'n uitdaging is het regelen van de tijdelijke vervanging van een therapeut. De teamleden bepalen samen hoe dit het beste kan verlopen en vragen aan de coördinator hulp in de stappen die gezet moeten worden. In het team is aandacht voor wat goed gaat en geeft men elkaar complimenten.

De groepsinteracties worden afgewisseld met langer stil staan bij één groepslid, waarbij de interactie meer via de therapeuten verloopt. Dit zijn theoretisch gezien kleine stukjes individuele therapie in de groep. Dit is vooral bij nieuwe groepsleden van belang omdat zij door de vragen die zij

van de therapeuten krijgen, uitgedaagd worden hun manier van denken aan te passen aan het oplossingsgerichte kader. Deze verschuiving in het denken, die ook nodig is voor de groepsontwikkeling, is essentieel om de groep tot een succes te maken. Bij 'oudere' groepsleden zien wij dat zij zich deze vorm van denken hebben eigen gemaakt en daarmee de ander bevragen en hun eigen oplossingen kiezen. Deze verschuiving komt ook tot uiting in hun taalgebruik; problemen worden uitdagingen en mislukkingen leermomenten.

Omdat deze open groep door de korte duur een snel wisselende samenstelling kent en veel structuur heeft, zijn de voor groeps therapie kenmerkende fasen minder herkenbaar en is er minder gelegenheid om in vaste rollen terecht te komen. Soms zijn er geen duidelijke fasen te onderscheiden, of hebben ze een cyclisch verloop en komen verschillende fasen zelfs in een dag voor. Altijd is er sprake van een aantal junioren en senioren en merken we dat de senioren soms de rol van cotherapeut nemen; we maken hen er bewust van en vragen enkel of het helpt. De junioren kijken meer om zich heen, naar de therapeuten en oudere groepsleden en houden zich aanvankelijk op aan de rand van de groep (beginfase). De senioren zijn meer op elkaar gericht en tonen steeds meer openheid. Er is zelden sprake van een autoriteitscrisis of deze duurt kort. Reden hiervoor is de grote mate van medeverantwoordelijkheid van waaruit alle uitdagingen die zich tussendoor aandienen,

oplossingsgericht worden benaderd en samen worden opgelost. Zo dachten cliënten bijvoorbeeld mee over hoe zij in de lunchpauze niet alleen rustig konden eten en afruimen maar ook konden roken zonder te laat te komen voor het volgende blok. Uiteraard bieden groepsregels hierbij ook de kaders. Bij onderlinge irritaties nodigen therapeuten cliënten uit deze open op tafel te leggen en samen te zoeken naar een verbetering of oplossing. Door de aard van deze groep is het doormaken van een (bij een fase horende) crisis en/of bepaalde overdracht- en tegenoverdrachtsgevoelens niet altijd een voorwaarde voor de overgang naar een volgende fase en voor de groepsontwikkeling.

Joris is bij AT bezig met zijn werkstuk en maakt hierbij veel lawaai, waardoor Peter zich niet kan concentreren en zuchtend door de ruimte loopt. De therapeut spreekt Peter hier op aan en vraagt wat zou kunnen helpen. Na samen na te denken kiest Peter er voor Joris te vragen hem van te voren te waarschuwen als hij veel lawaai gaat maken zodat Peter kan ervoor kiezen even te stoppen met zijn werk.

Bij ongewenst gedrag zijn de therapeuten transparant over wat zij zien en over hun gedachten en wensen ten aanzien van de verandering van het gedrag. Een cliënt die vanuit zijn as-II problematiek bijvoorbeeld veel praat, spreken zij hierop zonder veroordeling aan en ze leggen hem uit wat het effect hiervan is (bijvoorbeeld weinig tijd om naar anderen te luisteren en van hun te

leren). Ook vragen zij hem te onderzoeken wat maakt dat hij zoveel woorden gebruikt, en nodigen hem (en de groep) uit na te denken over hoe hij op een andere, betere manier zichzelf kenbaar kan maken en wat hij nodig heeft om zich gehoord te voelen. Door deze actieve, interactieve stijl binnen een duidelijke structuur lijkt de groep telkens relatief snel in een soort wederkerigheidfase terecht te komen waarin er samenwerking is en ruimte voor het geven en ontvangen van feedback. Ook de inzet van humor waardoor een open, luchtige sfeer ontstaat, draagt bij aan ruimte voor confrontatie en feedback. Omdat therapeuten een houding van 'niet weten' hebben en uitdragen dat de oplossingen in de groepsleden zelf zitten, gaan en blijven cliënten zelf aan de slag en vestigen zij niet al hun hoop op de therapeuten. Samen met het consequent betrekken van het systeem bij evaluaties, maakt dit het uiteindelijk loslaten van de groep (eindfase) gemakkelijker.

In de vierde maand kan Joris tijdens zijn evaluatie nog steeds moeilijk zijn vooruitgang zien en verwoorden; als de therapeuten zijn broer om zijn visie vragen zegt deze dat hij het leuker vindt om Joris te zien omdat hij actiever is, meer praat en zijn huis beter verzorgt. Dit raakt Joris en geeft hem kracht door te gaan.

In de groep herkennen we allerlei factoren die overeenkomen met de genezende factoren van groepstherapie zoals omschreven door Yalom (1981); met name het leren van elkaar en leren door middel van feedback,

leren als resultaat en altruïsme staan hierbij vooraan. Ook herkennen wij de werking van de factoren: het wekken van hoop, universaliteit, verkrijgen van informatie en acceptatie. Naast de kracht van het kader hebben ook deze factoren een groot aandeel in het succes van deze groep.

De resultaten

Deze oplossingsgerichte deeltijdbehandeling bestaat bijna twee jaar. Van cliënten horen we tevredenheid over bereikte resultaten en ervaren zij het afronden als een doorstart in hun leven. Dit behoeft enkel complimenten en een handdruk. Zo ook bij Joris. Wij horen en merken dat het vertrouwen in het eigen vermogen om moeilijke situaties te hanteren en naar eigen behoeften ten goede te beïnvloeden is gegroeid en de zelfwaarde is toegenomen. Het succes van deze groep wordt ook bevestigd door het grote percentage van cliënten dat geen behoefte heeft aan een vervolcontact omdat het gevoel is ontstaan zelf weer verder te kunnen met het eigen leven.

De uitkomsten van de eerste effectmeting (Geuze, 2013), waarbij we direct voor en direct na de behandeling een meting hebben gedaan, ($N = 23$) bekrachtigen ons positieve gevoel over deze deeltijdbehandeling. Op alle klachtendomeinen (gemeten met de Brief Symptom Inventory) is een significante afname van klachten te zien, evenals op de schalen 'symptomatologie', 'gedragsproblemen' en 'sociale problemen' van de HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale). De uitkomsten van de

Verkorte COPE (meet copingstijlen) tonen dat de cliënten zichzelf minder verwijten maken en meer gebruikmaken van de copingstijl 'positief herformuleren'. Het zou interessant zijn ook de effecten op lange termijn te meten en te vergelijken.

De afgelopen jaren hebben we enkele drop-outs gehad; meestal tijdens de intakefase en een enkele keer in de eerste weken. Factoren die (de start van) deze therapievorm in de weg stonden, waren het in korte tijd ontstaan of een toename van systeemproblemen die te veel interfereerden met de behandeling, een te hoge angstgevoeligheid (en een onderschatting daarvan door ons in de intakefase) en het niet kunnen verbinden aan de groepsregels en voorwaarden (zoals het niet voldoende onder controle hebben van middelengebruik of het niet kunnen garanderen minimaal de eerste tien keer deel te nemen). Indien in de intakefase hobbels op de weg worden gezien die de start belemmeren bieden wij (maximaal vijf) voorbereidende gesprekken aan om de stap naar de start van deze behandeling zo haalbaar mogelijk te maken. Cliënten die tijdens de behandeling uitvallen, geven wij een advies mee voor een alternatief.

Ter evaluatie van de behandeling is een aantal algemene vragen afgenomen (met een scorebereik van 0 – zeer negatief tot 9 zeer positief). Als het gaat om hoeveel baat de deelnemers gehad hebben bij de behandeling, waarden de deelnemers dit met een score van 7,9. De samenwerking met de therapeuten wordt gewaardeerd met een 8,5. Men scoort het ervaren van de groep en

andere deelnemers met een 8,0. De algemene indruk van de behandeling scoorde ook een 8,0. Tot slot is de vraag of men deze behandeling zou aanbevelen aan mensen met soortgelijke klachten beoordeeld met een 8,6. Als team zijn wij erg tevreden, geeft dit resultaat een grote motivatie om hier meer van te doen en samen te blijven werken aan beter.

Joris heeft zijn laatste deeltijd dag. Bij het afscheid van de groep vertelt hij dat hij zich ondanks zijn pittige uitzendervaringen meer thuis voelt bij zijn broer en vrienden en soms uit zichzelf iets vertelt over wat hem nog bezighoudt uit het verleden. Hij

overweegt de trauma-inhoudelijke behandeling een tweede kans te geven omdat hij door de toegenomen ervaren steun vanuit de omgeving verwacht dit nu te kunnen volhouden. Dit gaat hij bespreken met zijn hoofdbehandelaar. In de therapie heeft hij gevoeld dat er respect was voor zijn ervaringen zonder dat het er telkens overging. Dat gaf hem lucht om zich bezig te houden met de toekomst. Hij is blij en tevreden met zijn behaalde doelen en wil het voortaan op eigen kracht proberen. In overleg met zijn commandant en bedrijfsarts komt er een re-integratieplan.

► Reageren? hg.scheffer@MINDEF.nl

Literatuur

Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.

Bannink, F.P. (2009). Oplossingsgerichte therapie. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels & W. Trijsburg. *Leerboek Psychotherapie* (763-773). Utrecht: De Tijdstroom.

Cepeda, L.M. & Davenport D.S. (2006). Person-centered therapy and solution-focused brief therapy: An integration of present en future awareness. *Psychotherapy: Theory, research, Practice, Training*, 43 (1), 1-12.

Geuze, S.G. (2013). Verslag Evaluatie Oplossingsgerichte Deeltijd. Intern document MGGZ, niet uitgebracht.

Quick, E.K. & Gizzo, D.P. (2007). The 'doing what works' group; A quantitative and qualitative analysis of solution-focused group therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 18 (3), 65-84.

Visser, C. & Schlundt Bodien, G. (2008). *Paden naar oplossingen: De kracht van oplossingsgericht werken*. Schiedam: JustInTime Books.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 5th edition, New York: Basic Books.

Yalom, I.D. (1981). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.