

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

■ Hoe Scott Miller inspireert

Workshops in praktijk gebracht

Lucia H. van der Sluijs¹

is maatschappelijk werker/systeemtherapeut verbonden aan het Centrum voor Klinische Psychotherapie te Zuidlaren; onderdeel van Axenza/Lentis.

Trefwoorden: Scott Miller, CDOI, feedback

Samenvatting

Feedback vanuit de cliënt over het therapeutisch proces is het belangrijkste middel om dit proces effectiever en efficiënter te laten verlopen. Dat is de stelling die Scott Miller poneert in de twee workshops die hij twee jaar geleden en afgelopen maart gaf. Hij presenteert een simpele en transparante manier om feedback te genereren en direct in te zetten om deze specifieke therapie beter af te stemmen op de behoeften en doelen van deze cliënt. Ook krijgt de therapeut zicht op eigen minder sterke kanten, waarop de therapeut nog extra kan oefenen om zichzelf te verbeteren. In dit artikel beschrijft de auteur deze Client Directed Outcome Informed (CDOI) methode en een casus waarin zij met deze methode werkt. Deze casus biedt een mooie illustratie van de meerwaarde die deze methode kan bieden.

Begin maart van dit jaar nam ik deel aan de vervolgworkshop van Scott Miller, georganiseerd door het Platform Systeemtherapie Noord Nederland en het Instituut voor Systeembenadering, Supervisie, Opleiding, Onderzoek Holland in het Groningse Haren. Deze workshop was een verdieping van de workshop die Miller in oktober 2006 gaf (Van der Sluijs, 2007). Toen hield hij een betoog vanuit de vraag ‘Wat werkt in therapie?’, waarop het antwoord, kort door de bocht geformuleerd, luidde: goed luisteren naar wat de cliënt wil en dat dan doen. Dat wil zeggen een *culture of feedback* creëren en daarnaar handelen.

Om deze feedbackcultuur (die Miller Client Directed Outcome Informed noemt, afgekort CDOI) te sturen en te ondersteunen, introduceerde hij twee korte vragenlijstjes. Beide lijstjes, de Outcome Rating Scale (ORS) en Session Rating Scales (SRS), vult de cliënt aan het begin en het eind van de sessie in. De ORS, het eerste vragenlijstje, gaat in op vier levensgebieden: het individuele, het intieme interpersoonlijke, het bredere sociale en het algemene gevoel.

¹ Correspondentieadres: l.vandersluijs@lentis.nl

Met dat vragenlijstje start ieder gesprek. Aan het eind van de sessie komt de SRS, waarin het behandelcontact geëvalueerd wordt: de relatie met de therapeut, doelen en thema's, werkwijze en het gesprek in het algemeen (zie voor meer informatie over de vragenlijstjes www.talkingcure.com en Van der Sluijs, 2007). De scores op de vragenlijstjes verbind je met die uit vorige sessies en je bespreekt ze. Deze kennis gebruik je om de therapie nóg preciezer te laten aansluiten op wat voor deze cliënt blijkt te werken.

Miller heeft voor zijn tweede workshop als leidende vraag: Wat maakt iemand tot een 'supershrink' en wat kunnen we van die supershrinks leren?

In 1974 gebruikte onderzoeker David F. Ricks als eerste de term 'supershrinks', voor het beschrijven van een klasse van exceptionele therapeuten die qua resultaten met kop en schouders boven anderen uitstaken. Ricks was hen op het spoor gekomen toen hij onderzoek deed naar criminele jongeren: wat maakt dat sommigen het wel en anderen het niet redden? Allerlei variabelen zoals gezin van herkomst, opleiding en criminele achtergrond bleken geen verschil te maken. De enige variabele die verschil maakte, bleek de persoon van de behandelaar te zijn. De groep jongeren die door één specifieke therapeut was behandeld, verging het als volwassenen beduidend beter dan de rest.

Miller beschrijft diverse onderzoeken (onder andere door Anders Ericsson) naar de werkzaamheid van diverse behandelmethoden. Een positief resultaat van de behandeling wordt niet voorspeld door de diagnose; niet door de behandelgeschiedenis; niet door de leeftijd of het geslacht van de cliënt; niet door de gebruikte behandelmethode; niet door de leeftijd, het geslacht of de opleidingsgraad van de therapeut én niet door het al dan niet voorschrijven van medicatie. Je zou haast gaan denken dat het toeval is of een therapie met een positief resultaat kan worden afgesloten. Echter, de beste voorspellers van een positieve uitkomst blijken te zijn:

1. de persoonlijke eigenschappen van de therapeut, waarbij het vooral gaat om het kunnen aangaan van een goede samenwerkingsrelatie en het gericht zijn op en gevoelig zijn voor feedback van de cliënt;
2. de kwaliteit van de relatie, van de samenwerking tussen therapeut en cliënt, zoals de cliënt die beoordeelt.

Deze uitkomst blijkt zelfs te gelden voor de werking van medicatie(!): bij de 'beste therapeut' werkt de voorgeschreven medicatie, in samenhang met een 'praattherapie', tien keer beter dan bij de 'slechtste therapeut'.

Uit *evidence based* onderzoek blijkt dat bepaalde behandelmethodieken (zoals cognitieve gedragstherapie) bij bepaalde problemen beter werken dan de ge-

bruikelijke behandeling (*treatment as usual*). Dit lijkt in tegenspraak met Millers opvatting. Diens kritiek op dit soort onderzoek is echter dat de therapeuten die de nieuwe, te onderzoeken behandeling geven, daar extra cursussen over krijgen, extra tijd, extra intervisie en supervisie. *Treatment as usual* betekent: geen extra aandacht voor bijscholing, weinig tijd en weinig reflectiemogelijkheid. Dat is geen eerlijke vergelijking. Daarbij komt dan nog dat er voor dit soort onderzoek cliënten gezocht worden die alleen dat ene te onderzoeken probleem hebben; het soort cliënten dat wij in onze klinische praktijk zelden tegenkomen.

Om erachter te komen wat het verschil maakt tussen ‘gewoon goed genoeg’ en ‘uitmuntend’ onderzocht Ericsson ’s werelds beste atleten, schrijvers, schakers, dartspeleers, wiskundigen, pianisten, onderwijzers, piloten, enzovoort. Hij vond geen aanwijzingen dat succes genetisch bepaald is. Wat het verschil maakt tussen ‘doorsnee’ en ‘super’ is: actief blijven in het oefenen om jezelf te verbeteren. Dat is niet hetzelfde als veel uren maken – ‘Je loopt niet beter omdat je het al vijftig jaar doet!’ – het gaat erom consequent en regelmatig dát te oefenen waar je minder goed in bent. En waar je minder goed in bent, daar kom je alleen maar achter wanneer je goed naar feedback luistert. Volgens Miller is een methode als EMDR daarom zo effectief: omdat een constante stroom van feedback inherent is aan de methode. Ofwel: de vraag ‘Hoe was het voor jou?’ is *altijd* een goede vraag!

Al met al dus een pleidooi voor het gebruik van de ORS-SRS-vragenlijsten, een gestructureerde manier om te vragen hoe het voor de cliënt was. Één pleidooi om met collega’s meer over de relatie met de cliënt te praten en minder over de diagnose.

De rest van de workshop ging over het gebruik van de CDOI-methode in de praktijk. Zoals veel van de andere aanwezigen heb ook ik er sinds de vorige workshop mee geëxperimenteerd. Ik heb ervaren dat het op deze manier gestructureerd om feedback vragen andere informatie oplevert én een ander contact. Ter illustratie hieronder een casus.

In het kader van de opname van mevrouw in onze kliniek spreek ik het echtpaar Smit. Beiden willen graag systeemgesprekken omdat meneer weinig van de (eet)problemen van zijn vrouw begrijpt en haar moeilijk kan steunen. Ik introduceer de CDOI-methode en het echtpaar gaat ermee akkoord op deze manier te werken.

In het eerste gesprek probeer ik het echtpaar en hun probleem te leren kennen. We hebben het over de geschiedenis van het eetprobleem, hun huwelijksgeschiedenis en de manier waarop beiden elkaar hebben beïnvloed. Het wordt duidelijk

dat mevrouw altijd erg onzeker is geweest en zich gevoegd heeft naar wat zij dacht dat haar man van haar verwachtte. Meneer erkent dat hij tamelijk dominant is en niet altijd heeft opgemerkt waar zijn vrouw het moeilijk mee had. Zij vertelde daar ook niet over, wilde hem niet belasten.

Naar mijn idee heb ik een aardig contact met hen gelegd, een goede basis voor verdere gesprekken. Uit de scores op de Session Rating Scale, echter, blijkt dat mevrouw, met een score van 24, de sessie maar zeer matig waardeert. Het blijkt dat zij, op advies van een sociotherapeut, een lijstje had gemaakt van zaken die zij wilde bespreken. Dat lijstje is niet afgewerkt. Meneer, met een score van 34, was meer tevreden; het was niet gegaan zoals hij verwachtte, maar er was hem wel veel duidelijk geworden. We spreken af de volgende keer te starten met hún agenda.

In de volgende sessie blijken ze geen eigen agenda te hebben. De agendapunten die de vorige sessie zijn blijven liggen, blijken niet meer actueel. We bespreken de samenhang van het eetprobleem met een aantal actuele problemen in de (schoon)familie en hoe moeilijk het voor mevrouw is om te ervaren dat haar man ook energie in zijn ouders wil steken, hoewel zij zich bij hen nooit welkom heeft gevoeld. We bespreken een aantal strategieën hoe mevrouw minder last kan hebben van de wijze waarop haar schoonouders op haar reageren en wat de rol van meneer daarbij kan zijn. Lopende het gesprek check ik een aantal keren of dit een goed gespreksonderwerp is en daar krijg ik bevestiging op. Hoewel het soms moeizaam verloopt, heb ik een positief gevoel over dit gesprek.

Tot mijn grote verbazing scoort mevrouw op de SRS 10,5! Een extreem lage score, als je weet dat je een score onder de 35 al als kritisch moet opvatten: dan moet je expliciet gaan bespreken wat mensen gemist hebben of wat hun niet beviel in het contact.

Het blijkt dat mevrouw, wanneer het gaat over wat ze anders zou kunnen doen, het gevoel krijgt dat ze niet goed is, dat ik kritiek op haar heb en haar niet mag. We spreken af de volgende keer ons vooral te richten op wat wél goed gaat; dan zou mevrouw zich gesterkt en gesteund voelen.

In het volgende gesprek richten we ons bewust op positieve zaken. Het blijkt dan vooral voor mevrouw erg moeilijk te zijn om vast te houden wat goed gaat. Ze heeft de hulp van haar man en mij erg nodig om vast te houden dat, naast wat er allemaal nog moeilijk is, er ook veel is waarover ze tevreden mag zijn. Beiden voelen zich na dit gesprek gesterkt én hebben nieuwe ideeën over hoe ze de positieve ontwikkelingen kunnen vasthouden. Beide SRS-scores liggen nu rond de 34. Ze beloven te zullen nadenken over wat er nog meer verbeterd kan worden.

Deze informatie over wat bij dit echtpaar wel en niet werkte, was op een andere manier nooit zo helder boven tafel gekomen. Ze hadden hun bezwaren niet openlijk geuit; mogelijk hadden ze meer indirect laten weten dat deze gesprekken voor hen niet helpend waren, waarschijnlijk door het contact af te breken.

Door de focus op het vragen om feedback merk ik dat ik steeds meer gedurende gesprekken navraag of het nog wel gaat over waar het over zou moeten gaan.

Miller vindt het belangrijk direct vanaf het begin om feedback te vragen; hoe eerder je kunt bijsturen, hoe effectiever het is. Dat blijkt ook uit bovengenoemde casus: zo'n soort contact is afgebroken voor het goed en wel op gang is gekomen als je niet direct en gestructureerd feedback vraagt en laat merken dat je de kritiek serieus neemt en ernaar handelt. Er zijn maar weinig cliënten die kritiek uiten als hen daar niet om gevraagd wordt. Dat doen ze pas als ze toch al besloten hebben met de therapie te stoppen. Als het al te laat is, dus.

Ook heeft Miller een duidelijke voorkeur voor het starten met lage scores, dan kan er gesproken en onderhandeld worden over wat wél zou werken. Dat is erg goed voor de samenwerking. Bovendien: hoe lager de scores, hoe groter de kans op verbetering. Dat is ook goed voor de samenwerking.

Wanneer de scores van de OSR (hoe het met iemand gaat) snel stijgen, is het verstandig om wel contact te houden maar niet erg frequent. Mensen lijken verandering al gauw genoeg te vinden, de therapie af te breken en de verandering niet te kunnen vasthouden.

Wanneer de scores van de OSR niet veranderen, laag blijven, is het verstandig om snel, na drie à vier sessies, te gaan praten over het veranderen of stoppen van de therapie. 'Dit helpt niet, we moeten iets anders proberen.' Dat is tegengesteld aan wat er in de 'normale' therapeutische praktijk gebeurt. Dan sluit je de contacten af met mensen met wie het beter gaat en ga je door met de mensen die niet verbeteren. Waardoor de gemiddelde praktijk vol zit met mensen die weinig of niet verbeteren!

De tip om de scores van een systeem bij elkaar op een grafiek te zetten, was voor mij waardevol. Hierdoor kun je de samenhang zien in de ontwikkelingen van alle betrokkenen. Als het met de een beter gaat en met de ander slechter, zal dát een zinvol gespreksonderwerp zijn.

Aardig vond ik Millers visie op chronische problemen, 'Alcoholisme is een chronische, progressieve ziekte... als de cliënt blijft drinken en de behandeling niet verandert'. Ofwel: je moet niet over chronische, progressieve ziekten praten maar over cumulatieve ziekten die erger worden als er niets verandert.

Want wanneer je over chronisch praat, stop je met denken over alternatieve behandel- of verbetermogelijkheden. Wanneer de scores van iemand met een chronisch genoemde aandoening verbeteren, kun je die persoon minder frequent zien. Het gaat immers niet om de diagnose maar om hoe iemand zijn leven waardeert.

De CDOI-methode is ook in een klinische setting te gebruiken. Dan moet je de OSR aan het begin van de week afnemen en bespreken. Het programma van die week zou dan moeten draaien om de problemen die vanuit de OSR zijn gesignaleerd. Aan het eind van de week, zo laat mogelijk, neem je de SRS af, waarbij je de cliënten vraagt te scoren op het programmaonderdeel dat het minst goed beviel. Je zoekt immers negatieve feedback, zodat je iets hebt om over te praten en om te verbeteren! Het is dan wel noodzakelijk dat de scores het verloop en de duur van de behandeling kunnen sturen. Wanneer je om feedback vraagt en je doet er niets mee, gaat dat ten koste van de samenwerking. Als cliënten moeten blijven, ook al gaan de scores omhoog, zullen de scores weer gaan zakken.

Het waren inspirerende dagen. De enige kritische noot hoorde ik naar aanleiding van een workshop die Miller eerder gaf voor managers en verzekeraars. De angst werd uitgesproken dat verzekeraars zouden kunnen concluderen dat opleiding en training geen verschil maken voor de effectiviteit van de geboden behandeling, zodat het inzetten van de laagst opgeleide – tevens goedkoopste – hulpverleners volstaat. Maar die conclusie zou alleen iemand die niet goed heeft opgelet kunnen trekken. Miller, immers, houdt juist een pleidooi voor constante feedback. Feedback die je niet alleen van je cliënten krijgt maar ook van collega's, docenten en medestudenten. Om een 'supershrink' te kunnen worden, moet je niet alleen beginnen met leren maar ook blijven leren!

Literatuur

- Miller, S., Hubble, M. & Dungan, B. (2007). Supershrinks, what's the secret of their success? *Psychotherapy Networker*, November/December.
- Sluijs, L.H. van der (2007). Wat werkt in therapie, verslag tweedaagse workshop Scott Miller. *Systeemtherapie*, 19.2, p.116-118.